RESPONSABILITÉ CIVILE

Définitions

Dans la présente assurance, il faut entendre par :

Vous :

- le preneur d'assurance et les membres de sa famille travaillant avec lui;
- les gérants, administrateurs et associés du preneur d'assurance dans l'exercice de leurs fonctions;
- le personnel du preneur d'assurance, à savoir les travailleurs, les intérimaires et toutes les autres personnes travaillant sous la direction, l'autorité et le contrôle du preneur d'assurance; ces personnes sont assurées dans l'exercice de leurs fonctions et si elles ne peuvent pas faire appel à une assurance propre;
- toute autre personne mentionnée comme assuré dans les conditions particulières.

Nous :

Fidea sa, ayant son siège social en Belgique, Van Eycklei 14, 2018 ANTWERPEN, RCA 1479.

1 Description de l'assurance

a La présente assurance couvre, conformément au droit belge ou étranger, votre responsabilité civile pour les dommages survenus pendant la durée de l'assurance et causés à la suite de l'exploitation de l'entreprise assurée.

L'assurance s'applique :

- aux dommages aux personnes, c.-à-d. aux dommages découlant de lésions corporelles;
- aux dommages aux biens, c.-à-d. à la détérioration d'objets ou d'animaux ou à leur perte ainsi qu'aux dommages indirects qui en résultent, comme la privation d'usage et de jouissance.

b L'assurance reste applicable lorsque les travailleurs de l'entreprise assurée sont chargés occasionnellement de travaux de jardinage, ménagers ou autres pour le preneur d'assurance ou pour les administrateurs, gérants ou associés de l'entreprise assurée.

2 Précisions sur quelques cas particuliers

a Livraison, installation et réparation

La présente assurance couvre votre responsabilité contractuelle pour les dommages que vous causez aux biens de clients pendant la livraison, l'installation ou la réparation chez les clients à domicile.

Cette responsabilité est couverte, dans la mesure :

- où, en tant qu'homme de métier, vous avez respecté les mesures élémentaires de précaution et de sécurité en vue d'éviter des dommages et n'avez pas pris de risques déraisonnables en vue d'épargner des frais;
- où les dommages ne tombent pas sous votre garantie de vente.

La garantie ci-dessus s'applique également aux dommages que vous causez aux biens de clients pendant la réparation ou le traitement dans vos bâtiments d'exploitation.
Pour les biens que vous manipulez ou traitez au moment du sinistre, l'indemnité s'élève à 6197,34 EUR au maximum par sinistre.

b Garde de biens de clients

Lorsque, dans le cadre des activités de l'entreprise assurée, vous gardez des biens appartenant aux clients, les dommages à ces biens sont assurés, même si vous n'en êtes pas responsable. Dans ce cas, l'indemnité est fixée comme si vous étiez responsable.

Cette garantie s'applique :

- pendant le transport que vous effectuez vers vos clients et pour en revenir;
- pendant la période où vous gardez ces biens dans vos bâtiments d'exploitation; pour être assurés contre le vol, ces biens doivent se trouver sous clef ou dans un local gardé.

L'indemnité s'élève à 6 197,34 EUR au maximum par sinistre.

Sont exclus de l'assurance :

- les biens vendus mais non encore livrés;
- les disparitions inexpliquées.

c Responsabilité du fait des produits

La présente assurance couvre votre responsabilité pour les dommages qui sont causés par des produits après leur livraison ou par des travaux après leur exécution, c.-à-d. dès que vous perdez le contrôle matériel de l'utilisation des produits livrés ou des travaux exécutés par suite de leur cession de fait, même provisoire.
Cette garantie s'applique notamment aux dommages imputables au vice propre des produits, ou à une faute ou erreur commise lors de la conception, de l'emballage, de l'étiquettage, du mode d'emploi, de la livraison, de l'installation, du montage, de la réparation ou de la transformation.

Sont exclus de la présente assurance :

- les dommages aux produits livrés ou aux travaux exécutés, et les frais nécessaires pour les remplacer ou les réparer;
- les frais de reprise, de retrait, de réparation ou de remplacement de produits présentant un vice réel ou supposé, même s'ils ont pour objet de prévenir des dommages;
- les dommages survenus parce que le produit livré n'a pu empêcher la survenance de l'événement dommageable, alors que tel était précisément la fonction de ce produit.

d Incendie, feu, explosion, fumée

La présente assurance ne couvre pas les dommages causés aux biens par incendie, feu, explosion ou fumée, que vous pouvez faire assurer dans une assurance incendie.
Toutefois, votre responsabilité reste assurée lorsque les dommages précités ont pris naissance dans des bâtiments ne faisant pas partie des bâtiments d'exploitation et que vous ne louez ou n'occupez qu'occasionnellement pour des manifestations sociales, culturelles ou économiques de l'entreprise assurée.

e Véhicules automoteurs

Les dommages causés par des véhicules automoteurs et remorques sont exclus en ce qui concerne le risque tombant sous l'application de l'assurance obligatoire de la responsabilité en matière de véhicules automoteurs ou du contrat-type y afférant.

Est cependant assurée en ce qui concerne le risque précité :

- votre responsabilité pour les dommages causés par des chariots élévateurs, tondeuses à gazon automotrices et autres véhicules automoteurs dont la vitesse maximale n'excède pas 15 km/heure, à condition qu'ils ne soient pas mis en circulation sur la voie publique et qu'ils soient utilisés exclusivement dans l'enceinte de l'entreprise et dans les environs immédiats;
- votre responsabilité d'employeur pour les dommages causés par un préposé dans l'exercice de ses fonctions, au moyen d'un véhicule automoteur non assuré dont vous n'êtes pas le propriétaire, ni le locataire ou détenteur.

f Atteintes à l'environnement

La responsabilité pour les atteintes à l'environnement et les dommages aux personnes et aux biens qui en résultent est assurée à condition que ces atteintes à l'environnement soient le résultat d'un événement soudain et inattendu pour l'assuré.
On entend par atteintes à l'environnement : l'action néfaste de la présence de matières, organismes, chaleur, radiations, bruits ou autres formes d'énergie sur l'atmosphère, le sol et l'eau.

3 Exclusions

Sont exclus de la présente assurance :

a les sinistres causés intentionnellement, ainsi que les cas suivants de faute lourde :

- les sinistres causés en état d'ivresse ou dans un état similaire résultant de la prise de produits autres que des boissons alcoolisées;
- les sinistres causés à la suite de violences commises sur des personnes, ou à la suite de la détérioration ou du détournement malveillants de biens;
- les sinistres causés par l'utilisation de produits légalement interdits ou par l'application de méthodes légalement interdites.

L'assurance reste toutefois applicable si vous démontrez n'être ni auteur ni complice de ces faits.

b la responsabilité soumise à une assurance rendue obligatoire légalement; cette exclusion ne s'applique pas à l'assurance obligatoire en matière d'incendie et d'explosion si elle est incluse dans la police, et ne préjudicie en rien à la garantie que nous accordons pour le risque automobile (voir 2 e);

c la responsabilité et/ou les indemnités résultant :

- de la non-exécution totale ou partielle d'un contrat ou de son exécution tardive;
- de clauses de pénalité, d'indemnisation, de garantie, de sauvegarde ou d'autres clauses contractuelles similaires, sauf si et dans la mesure où vous auriez été responsable même en l'absence d'une telle clause;

d la responsabilité sans faute qui est imposée par une législation spécifique après le 1er janvier 1998, sauf si nous vous faisons savoir expressément que nous sommes disposés à assurer cette responsabilité;

e les indemnités auxquelles vous seriez tenu en tant qu'employeur en vertu de la loi sur les accidents du travail;

f les dommages imputables à l'état défectueux des produits livrés ou des travaux exécutés, si vous connaissiez effectivement le défaut mais n'avez quand même pas pris toutes les mesures de précaution requises pour prévenir les conséquences dommageables;

g les dommages par l'usage d'appareils de navigation aérienne, de bateaux à voile de plus de 300 kg ou de bateaux à moteur d'une puissance excédant 10 CV; mais il y a garantie en tant que simple passager;

h les dommages à des biens dont vous-même, ou quelqu'un en votre nom, êtes locataire, gardien, emprunteur ou détenteur; cette exclusion ne préjudicie en rien à la couverture que nous accordons pour les biens des clients (voir 2 a et 2 b) et pour les bâtiments occupés à titre occasionnel (voir 2 d);

i les dommages se rapportant à des affaissements et glissements de terrains, à des inondations ou à un tremblement de terre;

j les dommages se rapportant à la guerre (civile) ou à des faits de même nature, à des réactions nucléaires, à la radioactivité ou à des radiations ionisantes ainsi que les dommages causés par la libération d'asbeste ou l'exposition à de l'asbeste.

4 Personnes lésées exclues

Le preneur d'assurance, les membres de sa famille et les membres de la famille de l'assuré qui est rendu responsable ne peuvent pas prétendre à indemnité.
Lorsque des administrateurs, associés actifs et gérants sont en fonction, ils ne peuvent prétendre à indemnité que pour leurs dommages aux biens.

5 Montants assurés - franchise

La garantie maximale s'élève à 1239 467,62 EUR par sinistre pour les dommages aux personnes et à 247 893,52 EUR par sinistre pour les dommages aux biens. Une franchise de 185,92 EUR par sinistre est appliquée aux dommages aux biens.
L'ensemble des dommages imputables à un seul et même événement dommageable ou à une succession d'événements dommageables ayant la même cause est considéré comme **un seul sinistre**.

Si les dommages sont causés par des biens après leur livraison ou des travaux après leur exécution, la garantie totale par année d'assurance s'élève à 1 487 361,15 EUR au maximum, quel que soit le nombre de sinistres s'étant produits dans le courant de l'année.

6 Frais supplémentaires

Nous payons également les **frais de sauvetage** légalement prescrits, dans la mesure où ils s'appliquent à des réclamations garanties par la présente assurance; ces frais sont pris en charge même au-delà des montants assurés, mais dans les limites auxquelles nous pouvons légalement en limiter le paiement.

Les frais de sauvetage que vous exposez d'initiative sont également à notre charge, pour autant que ces frais :

- découlent de mesures urgentes et raisonnables en vue de limiter les conséquences d'un sinistre ou pour prévenir le sinistre en cas de danger imminent;
- aient été exposés en bon père de famille et dans notre intérêt.

Les frais exposés pour éviter un sinistre ne sont pas pris en charge s'il n'y a pas (plus) de danger imminent ou s'ils sont devenus nécessaires parce que vous avez négligé de prendre à temps les mesures de prévention nécessaires.

Nous prenons également en charge les intérêts et les frais de la **défense civile**, y compris les frais et honoraires des avocats et experts. Le paiement de ces intérêts, frais et honoraires est soumis aux mêmes limites que celles qui s'appliquent aux frais de sauvetage.
Au moment où vous souscrivez la présente police, la limite légale est fixée à 495 787,05 EUR. Ce montant est lié à l'indice des prix à la consommation, l'indice de base étant celui de novembre 1992, à savoir 113,77 (base 1988 = 100).

Enfin, nous prenons en outre en charge les frais de votre **défense pénale**, tant que les intérêts civils ne sont pas réglés; mais vous êtes libre en tout temps d'organiser vous-même votre défense pénale à vos propres frais.

7 Étendue territoriale

L'assurance s'applique dans le monde entier pour les sièges d'exploitation situés en Belgique. Les dommages par des produits après leur livraison ou par des travaux après leur exécution sont également assurés dans le monde entier lorsque les sièges d'exploitation précités ne font pas eux-mêmes de livraisons ni n'exécutent de travaux hors d'Europe.

PROTECTION JURIDIQUE

Définitions

Dans la présente assurance, il faut entendre par :

Vous :

- le preneur d'assurance et les membres de sa famille travaillant avec lui;
- les gérants, administrateurs et associés du preneur d'assurance dans l'exercice de leurs fonctions;
- le personnel du preneur d'assurance, à savoir les travailleurs, intérimaires et toutes les autres personnes travaillant sous la direction, l'autorité et le contrôle du preneur d'assurance; ces personnes sont assurées dans l'exercice de leurs fonctions et si elles ne peuvent pas faire appel à une assurance propre;
- toute autre personne mentionnée comme assurée dans les conditions particulières.

Nous :

Le département protection juridique spécialisé de Fidea sa, ayant son siège social en Belgique, Van Eycklei 14, 2018 ANTWERPEN, RCA 1479.

1 Champ d'application

Nous accordons la protection juridique pour vous permettre de faire valoir vos droits, en tant que demandeur ou défendeur, dans des litiges se rapportant à l'exploitation ou aux biens de l'entreprise assurée.
L'assurance reste applicable lorsque les travailleurs de l'entreprise assurée sont chargés occasionnellement de travaux de jardinage, ménagers ou autres pour le preneur d'assurance ou pour les administrateurs, gérants ou associés de l'entreprise assurée.

2 Description de l'assurance

a Recouvrement de dommages

Nous réclamons les dommages que vous avez subis à la personne qui en est responsable **hors contrat**. Si vous êtes victime d'un accident de circulation en tant **qu'usager faible de la route**, nous prenons également en charge le recours à l'égard de l'assureur et du Fonds de garantie automobile qui doit indemniser de tels accidents en vertu de la loi, même lorsqu'il n'y a pas de responsable (article 29 bis de la loi du 21 novembre 1989 sur l'assurance obligatoire de la responsabilité en matière de véhicules automoteurs).

Lorsque la partie adverse ne peut être rendue responsable des dommages encourus par vous que sur **base contractuelle**, nous accordons la protection juridique pour :

- les réclamations sur base de la responsabilité du fait des produits, lorsque vous encourez des dommages par un produit défectueux;
- les réclamations sur base de la responsabilité locative lorsque vos biens sont endommagés par le vice d'un bâtiment d'exploitation loué.

Nous ne prenons pas en charge les litiges sur le produit ou le bâtiment lui-même ni la demande de le remplacer ou de le réparer.

Si le sinistre a entraîné pour vous une lésion corporelle ou la mort, vos parents et alliés qui subissent de ce fait un préjudice peuvent également faire appel à la présente protection juridique.

b Indemnité en cas d'insolvabilité

Nous indemnisons nous-mêmes les dommages que vous avez subis s'il s'avère qu'aucune indemnité ne peut être obtenue par la présente assurance de protection juridique parce que la personne responsable de vos dommages est **insolvable**.
Cette indemnité est due **dans la mesure où** aucun autre organisme ne peut prendre les dommages en charge.

c Défense pénale

Nous prenons votre défense lorsque vous faites l'objet de poursuites pénales à la suite d'un sinistre couvert par l'assurance responsabilité civile de la présente police, même si, dans cette assurance, la faute grave ou un autre manquement est invoqué.
Nous prenons également votre défense lorsque vous êtes poursuivi en raison d'une infraction routière ou d'une infraction à un règlement promulgué en vue de la sécurité et de la fluidité de la circulation sur la voie publique.

d Défense civile en cas de conflit d'intérêts

Lorsque l'assureur responsabilité civile ne peut pas défendre vos intérêts civils en raison d'un conflit d'intérêts (par exemple en cas de faute lourde), vous disposez du droit légal de choisir vous-même un avocat.
Si vous faites usage de ce droit, nous payons les honoraires de cet avocat et les autres frais de votre défense civile.

3 Frais et honoraires assurés

Les frais et honoraires que nous prenons en charge dans la présente assurance se rapportent :

- aux frais que nous prenons en charge en vue de rechercher un règlement amiable et de défendre vos intérêts;
- aux frais et honoraires qui sont dus aux avocats, huissiers de justice et experts;
- aux frais de la procédure judiciaire ou extra-judiciaire;
- aux frais de voyage et de séjour nécessaires lorsque votre présence est requise à l'étranger dans le cadre de la procédure judiciaire;
- aux frais d'une procédure d'exécution par titre exécutoire;
- aux frais de l'introduction éventuelle d'un recours en grâce ou d'une demande de réhabilitation en cas de condamnation judiciaire.

Les frais précités sont assurés jusqu'à 37 184,03 EUR au maximum. Pour les réclamations sur base contractuelle, l'indemnité maximale s'élève à 12 394,68 EUR. Nous ne tenons pas compte de nos propres frais de gestion pour la fixation de ces montants.
L'indemnité en cas d'insolvabilité s'élève à 12 394,68 EUR au maximum par sinistre.
Les montants assurés s'appliquent par cas et pour l'ensemble des bénéficiaires.
Si les montants assurés ne suffisent pas, le preneur d'assurance et les membres de sa famille ont priorité.

Nous ne payons pas d'amendes ni de transactions amiables.

4 Restrictions et exclusions

a Sur base de la relation entre les parties intéressées

Nous n'accordons pas de protection juridique pour les litiges entre vous.
Cette restriction ne s'applique pas au recouvrement de dommages qui peuvent réellement être reportés sur une assurance de responsabilité autre que celle de la présente police.

b Sur base de la nature de l'affaire

Nous ne devons pas accorder la protection juridique pour les litiges se rapportant :

- aux véhicules automoteurs et remorques tombant sous l'application de l'assurance obligatoire de la responsabilité en matière de véhicules automoteurs (sauf en cas d'usage comme outil).
  Mais nous accordons la protection juridique lorsqu'il s'agit de chariots élévateurs, tondeuses à gazon automotrices et autres véhicules ne pouvant dépasser 15 km/heure, à condition que vous ne mettiez pas ces véhicules en circulation sur la voie publique et que vous les utilisiez exclusivement dans l'enceinte de l'entreprise ou dans les environs immédiats;
- aux appareils de navigation aérienne, bateaux à voile de plus de 300 kg ou bateaux à moteur de plus de 10 CV dont vous êtes propriétaire, détenteur ou conducteur; mais vous pouvez faire appel à la protection juridique en tant que passager de ces véhicules;
- à la législation sur les accidents du travail;

- aux dommages immatériels purs; il s'agit de la perte financière, du chômage ou d'autres dommages de nature immatérielle que vous subissez et qui ne découlent pas de dommages aux choses ni de lésions corporelles dont nous assumons le recouvrement dans la présente assurance;
- à la guerre (civile) ou à des faits de même nature ou à l'émeute;
- aux réactions nucléaires, à la radioactivité ou aux radiations ionisantes, sauf si vous y avez été exposé par suite d'un traitement médical.

5 Étendue territoriale

Pour les sièges d'exploitation situés en Belgique, vous pouvez faire appel à la présente assurance dans le monde entier.

6 Libre choix de l'avocat

Vous disposez du libre choix d'un avocat ou de toute autre personne ayant les qualifications requises par la loi applicable pour défendre, représenter ou servir vos intérêts :

- chaque fois qu'il faut recourir à une procédure judiciaire ou administrative;
- chaque fois que surgit un conflit d'intérêts avec nous; nous vous avertirons dès qu'un tel conflit se présente.

Vous êtes entièrement libre dans vos contacts avec ces personnes, mais vous devez nous tenir au courant de l'évolution du conflit.

7 Arbitrage

Si vous n'êtes pas d'accord avec nous quant à la ligne de conduite à adopter pour régler le litige assuré, vous avez le droit de consulter un **avocat** de votre choix, après que nous vous avons fait connaître notre point de vue ou notre refus de suivre votre point de vue. Cette consultation ne préjudicie en rien à votre droit d'engager une procédure judiciaire.
Si l'avocat consulté confirme votre thèse, nous accordons la garantie et remboursons les frais et honoraires de la consultation.
Si l'avocat confirme notre point de vue, nous remboursons la moitié des frais et honoraires de la consultation.
Si, contre l'avis de cet avocat, vous engagez quand même une procédure à vos frais et que vous obtenez un meilleur résultat que celui que nous avions prévu, nous accordons à nouveau la garantie et vous remboursons tous les frais et honoraires assurés, y compris les frais et honoraires de la consultation.

ASSURANCE OBLIGATOIRE DE LA RESPONSABILITÉ OBJECTIVE EN CAS D'INCENDIE ET D'EXPLOSION

Définitions

Dans la présente assurance, il faut entendre par :

Vous :

le preneur d'assurance.

Nous :

Fidea sa, ayant son siège social en Belgique, Van Eycklei 14, 2018 ANTWERPEN, RCA 1479.

1 Description

À titre d'extension, l'assurance "responsabilité civile" couvre également, dans les conditions décrites ci-après, votre **responsabilité objective pour les dommages causés aux tiers** par un incendie ou une explosion (loi du 30 juillet 1979).

2 Montants assurés

La garantie est accordée jusqu'à concurrence de **14 873 611,49 EUR** par sinistre pour les dommages aux personnes et jusqu'à concurrence de **743 680,57 EUR** par sinistre pour les dommages aux biens. L'ensemble des dommages imputables au même fait dommageable est considéré comme un seul sinistre.

Les montants précités sont liés à l'évolution de l'indice des prix à la consommation, l'indice de base étant celui de juillet 1991, soit 110,34 (base 1988 = 100). L'adaptation des montants assurés se fait annuellement le 30 août.

Les montants assurés ne peuvent pas être cumulés avec ceux qui sont précisés à l'article 5 des conditions générales de l'assurance "responsabilité civile".

3 Sinistres exclus

Toutes les exclusions et limitations de garantie résultant de l'assurance "responsabilité civile" restent applicables dans la présente extension de garantie.

4 Personnes lésées exclues

Ne sont pas considérées comme des tiers et ne peuvent donc pas faire appel à une indemnité :

- la personne qui est responsable du sinistre sur base des articles 1382 à 1386 bis du Code civil;
- la personne qui est déchargée de toute responsabilité en vertu de l'article 18 de la loi du 3 juillet 1978 sur le contrat de travail.

5 Relation à d'autres assurances

Il ne peut pas être fait appel à la présente extension de garantie si un autre assureur a indemnisé les dommages.

6 Droit de recours

Si nous pouvons refuser la garantie (par exemple sur base d'une exclusion, d'une exception ou sur base de la cessation, de la suspension ou de la nullité du contrat), et si en vertu de la loi nous sommes néanmoins tenus d'indemniser le tiers préjudicié, nous disposons d'un droit de recours à votre égard.
Ce recours se rapporte aux indemnités en principal, aux frais de justice et aux intérêts que nous devons payer.

7 Subrogation

Nous sommes subrogés dans les droits des tiers lésés que nous avons indemnisés et dans vos droits contre la personne responsable du sinistre.
Sauf en cas de fait intentionnel, ce droit de subrogation n'est pas exercé contre une personne (ni un membre de sa famille) qui a la qualité d'assuré en vertu des conditions générales de l'assurance "responsabilité civile".
Cet abandon de recours ne s'applique que dans la mesure où la personne responsable ne peut pas effectivement reporter les dommages sur une assurance de responsabilité ou sur une autre personne responsable.

ASSURANCE ACCIDENTS SUR BASE D'UNE RÉMUNÉRATION ANNUELLE CONVENUE

Définitions

Dans la présente assurance, il faut entendre par :

Vous :

Les personnes mentionnées comme assurés dans les conditions particulières; elles perdent leur qualité d'assuré à la première échéance qui suit leur soixante-cinquième anniversaire.

Nous :

Fidea sa, ayant son siège social en Belgique, Van Eycklei 14, 2018 ANTWERPEN, RCA 1479.

1 Description de l'assurance

a Lorsque vous êtes victime d'un accident, nous garantissons :

- une indemnité en cas de décès, d'incapacité permanente et/ou temporaire de travail;
- une intervention complémentaire en cas de lésions permanentes très graves;
- le remboursement des frais de soins médicaux et des frais similaires.

Nous calculons les indemnités sur base d'une rémunération annuelle convenue, dont le montant est mentionné dans les conditions particulières.

b Un accident est un événement soudain dont la cause ou l'une des causes est étrangère à l'organisme de la victime et qui entraîne une lésion corporelle constatable objectivement ou la mort.

c L'assurance s'applique pendant l'exercice de vos activités propres à l'entreprise désignée et dans votre vie privée, c.-à-d. lorsque vous n'exercez pas d'activité professionnelle.

2 Indemnités

a En cas de décès

Description

Si vous décédez dans les trois ans qui suivent l'accident, nous payons une indemnité au conjoint cohabitant et aux enfants jusque 25 ans qui sont encore à charge.
À défaut de ces ayants droit, nous payons l'indemnité au successeur testamentaire. L'indemnité est répartie proportionnellement lorsqu'il y a plusieurs successeurs testamentaires.

Si vous décédez sans bénéficiaires, nous payons les frais funéraires jusqu'à un montant de 3 718,40 EUR à la personne qui les a réellement exposés.

Calcul

L'indemnité due au conjoint cohabitant ou au(x) successeur(s) testamentaire(s) s'obtient en multipliant 30 % de la rémunération annuelle convenue par le coefficient correspondant à l'âge de la personne décédée.
Vous trouverez le coefficient d'âge dans le tableau figurant en fin de la présente assurance.

Pour les enfants jusque 25 ans, nous appliquons un autre calcul :

- par enfant qui n'a plus de mère ou de père, nous multiplions 15 % de la rémunération annuelle convenue par le coefficient pour l'âge de l'enfant au moment du décès.
  S'il y a plus de trois enfants, le pourcentage de 15 % est remplacé par un pourcentage qui s'obtient en divisant 45 % par le nombre d'enfants ayants droit;
- si, du fait du décès, les enfants sont devenus orphelins de père et de mère, pour le calcul de l'indemnité nous augmentons les pourcentages mentionnés ci-dessus de 15 % à 20 % par enfant et de 45 % à 60 % lorsqu'il y a plus de trois enfants.

b Incapacité permanente de travail

Description

En cas d'incapacité permanente de travail, nous vous payons une indemnité qui est proportionnelle au degré d'incapacité économique. Cette indemnité est due dès que le degré d'incapacité est supérieur à 5 %.
Le degré d'incapacité économique de travail est fixé en fonction de votre activité professionnelle et compte tenu des possibilités que vous avez, éventuellement moyennant rééducation, d'exercer une autre profession qui soit conciliable avec votre formation, votre vie professionnelle et votre arrière-plan social.
La fixation du degré d'incapacité se fait au moment de la consolidation des lésions, mais au plus tard trois ans après le jour de l'accident.
Les indemnités en cas de décès et en cas d'incapacité permanente de travail ne peuvent pas être cumulées.

Calcul

L'indemnité pour incapacité permanente de travail est calculée en multipliant la partie de la rémunération annuelle convenue qui correspond au degré de l'incapacité de travail par votre coefficient d'âge applicable à la date de la consolidation.
Vous trouverez les coefficients d'âge applicables dans le tableau figurant en fin de la présente assurance.

c Lésions permanentes très graves

Description

Si vous encourez une incapacité permanente de travail de 67 % ou plus, nous payons une intervention financière complémentaire que vous pouvez affecter au paiement de divers frais qu'un tel handicap entraîne, tels que les frais :

- pour l'aide de tiers;
- pour les travaux de transformation de l'habitation et de la voiture de la personne handicapée;
- pour le recyclage ou la rééducation;
- pour l'achat d'un chien d'aveugle;
- etc.

Calcul

Le montant de cette intervention est égal à deux fois et demie la rémunération annuelle convenue.

d Incapacité temporaire de travail

Description

En cas d'incapacité temporaire de travail, nous vous payons une indemnité pendant la période où cette incapacité de travail s'élève à 25 % au moins. L'indemnité est due jusqu'au moment où les lésions sont consolidées, mais au plus tard jusque trois ans après la date de l'accident.
Nous ne payons pas d'indemnité pour le jour de l'accident ni pour la période suivante de trente jours d'incapacité de travail.

Calcul

Le montant sur base duquel nous calculons l'indemnité est mentionné dans les conditions particulières. L'indemnité est proportionnelle au degré d'incapacité temporaire de travail qui est fixé compte tenu des occupations habituelles de la victime.

e Frais de soins médicaux et frais similaires

Description

Nous remboursons les frais suivants :

- les frais de soins médicaux sur prescription médicale; si ces frais sont mentionnés dans le tarif de l'assurance maladie et invalidité légale, notre intervention est limitée à deux fois ce tarif; si ces frais n'y sont pas mentionnés, nous remboursons la moitié des frais assurés, avec un maximum de 1 239,47 EUR par accident;
- les frais de soins médicaux à l'étranger, si l'accident y est survenu et tant que le séjour à l'étranger est médicalement nécessaire; nous prenons également en charge les frais du rapatriement;
- les frais de première prothèse et de premier appareil orthopédique; pour les prothèses dentaires, le remboursement est limité à 458,60 EUR par dent; pour les montures de lunettes, le maximum est de 247,89 EUR;

- les frais de transport adapté nécessaire en cas de traitement dans un hôpital ou un centre de rééducation;
- les frais de transport ou de rapatriement de la dépouille mortelle;
- les frais de recherches et de sauvetage lorsque vous êtes égaré ou disparu ou que vous vous trouvez dans une situation vous mettant directement en danger;
- les frais de séjour pendant trente jours au maximum d'un membre de la famille passant la nuit à l'hôpital alors que vous êtes hospitalisé.

Nous payons ces frais pendant une période de cinq ans après l'accident.

Modalités

Les frais de soins médicaux et frais similaires sont assurés jusqu'à un montant de **12 394,68 EUR** au maximum par accident et par assuré.
Si l'accident est survenu à l'étranger, nous doublons ce montant pour le porter à **24 789,35 EUR**. Les frais du traitement ultérieur en Belgique sont compris dans ce montant, mais également limités à **12 394,68 EUR**.

Votre part dans les frais assurés s'élève à **123,95 EUR**.
Si la victime est affiliée à la mutuelle pour les "grands risques", cette part s'élève à **309,87 EUR**.

Le remboursement a toujours lieu après épuisement de l'intervention de la mutuelle ou d'un autre organisme.
Si, pour l'une ou l'autre raison, vous n'avez pas droit aux prestations de la sécurité sociale, nous supposons, pour le calcul de la déduction de votre part propre et de l'intervention qui est due par la mutuelle, que vous êtes ayant droit dans le régime des "grands risques".

3 Avances - indexation - délais

a Avances

S'il est prévisible que vous encourrez une incapacité permanente de travail d'au moins 20 %, nous payons une avance lorsque la consolidation n'est pas possible dans les six mois qui suivent l'accident.
Cette avance correspond à la moitié de l'indemnité due pour incapacité permanente de travail et ce sur base du degré d'incapacité provisoire tel qu'il est fixé par notre médecin-conseil. Nous répartissons le paiement de l'avance en cinq paiements semestriels.

b Délais

Nous payons les indemnités et frais dus dans les trente jours après avoir été mis en possession des rapports requis sur le degré d'incapacité de travail, du rapport de consolidation et des justificatifs nécessaires des frais consentis.
Ce délai de trente jours ne prend pas cours s'il existe encore une contestation sur la garantie d'assurance, par ex. un désaccord sur le degré de l'incapacité de travail.

c Indexation

À chaque échéance annuelle, nous indexons la rémunération annuelle convenue et le montant assuré pour l'incapacité temporaire de travail, selon la proportion existant entre :

- le dernier indice connu de la rémunération horaire brute moyenne des ouvriers masculins majeurs de l'industrie, tel qu'il est publié dans le Bulletin Statistique par l'Institut National de Statistique et
- l'indice de souscription qui est mentionné dans les conditions particulières.

De même, nous indexons de la même manière la prime due pour les garanties qui sont calculées sur les montants précités.

4 Exclusions

Sont exclus :

- les aggravations des conséquences d'un accident par le fait d'une maladie ou d'une infirmité qui existait avant l'accident;
- les accidents auxquels la loi sur les accidents du travail est applicable;
- le suicide et les conséquences d'une tentative de suicide;

- les accidents causés intentionnellement par la victime ou un ayant droit et les accidents résultant de leur faute lourde; il s'agit ici :
  - des accidents imputables à l'ivresse ou à un état simlaire résultant de la prise de produits autres que des boissons alcoolisées;
  - des accidents survenus pendant l'exposition volontaire à un danger exceptionnel et inutile;
  - des accidents survenus au cours d'actes de violence commis sur des personnes ou pendant la détérioration ou le détournement malveillants de biens;

  Cette exclusion n'est pas appliquée à la victime ou à l'ayant droit qui n'est pas lui-même auteur ou complice;
- les accidents survenus :
  - pendant l'utilisation d'appareils de navigation aérienne; il y a toutefois garantie comme simple passager à bord d'appareils dûment autorisés au transport de personnes;
  - pendant la pratique lucrative du sport ou pendant la pratique en compétition des sports de combat, du ski, du skeleton et du bobsleigh;
  - pendant la participation à des concours de vitesse avec des véhicules automoteurs ou des bateaux à moteur, y compris les entraînements;
- les accidents se rapportant à la guerre (civile) ou à des faits de même nature; cette exclusion ne s'applique pas aux accidents survenus à l'étranger pendant les quinze jours qui suivent le début des hostilités, si la Belgique n'y est pas impliquée et si vous êtes surpris par leur survenance;
- les accidents imputables :
  - à des réactions nucléaires, à la radioactivité, à des radiations ionisantes, à l'exception des radiations nécessaires à la suite d'un accident assuré;
  - aux conséquences directes en Belgique de tremblements de terre et d'éruptions volcaniques;
- sont exclus, sauf mention contraire dans les conditions particulières, les accidents résultant de la pratique de l'alpinisme, de la plongée sous-marine, de la spéléologie, du parachutisme et de l'aile delta; les accidents survenus au moyen de motos de 50 cc ou plus.

5 Étendue territoriale

L'assurance s'applique dans le monde entier pour les assurés ayant leur résidence habituelle en Belgique.

6 Détermination des consequences de l'accident

Pour la détermination des conséquences de l'accident, vous avez le droit de vous faire assister, à vos propres frais, d'un médecin que vous choisissez librement. En cas de décès, nous pouvons requérir une autopsie ou demander au médecin de la personne décédée une déclaration concernant la cause du décès, dans la mesure où cela est nécessaire pour l'octroi de la garantie d'assurance.
En cas de divergence d'opinion entre votre médecin et le nôtre, nous désignons de commun accord un troisième médecin qui décide. Les frais et honoraires du troisième médecin sont supportés pour moitié par chacune des parties.
En lieu et place de cette procédure, les parties sont libres de laisser la désignation du troisième médecin et/ou le règlement du litige au tribunal compétent.
Ce règlement des litiges ne s'applique pas à la fixation de l'avance en cas d'incapacité permanente.

7 Subrogation

Nous sommes subrogés dans vos droits ou dans ceux du bénéficiaire contre la personne responsable de l'accident, jusqu'à concurrence de nos dépenses.
Sauf en cas de malveillance, nous n'exerçons pas ce droit de subrogation contre vous, votre conjoint et vos parents et alliés en ligne directe, ni contre les personnes habitant chez vous, vos hôtes et les membres de votre personnel domestique.
Le recours est toutefois possible à l'égard des personnes précitées, si leur responsabilité est effectivement couverte par une assurance.

8 Indemnisation obligatoire pour les usagers faibles de la route

La présente assurance ne s'applique pas aux indemnités et frais qui sont dus sur base des règles d'indemnisation de certaines victimes de la route telles que piétons, cyclistes et passagers (art. 29 bis de la loi du 21 novembre 1989 relative à l'assurance obligatoire de la responsabilité en matière de véhicules automoteurs).
Mais nous sommes disposés à payer ces indemnités et frais à titre d'avance, si vous êtes d'accord de nous céder la demande de paiement ou de nous rembourser les indemnités et frais dès que vous en aurez reçu le paiement.

ASSURANCE OBLIGATOIRE EN MATIÈRE D'ACCIDENTS DU TRAVAIL

La présente assurance est une assurance obligatoire que l'employeur doit souscrire au profit de ses travailleurs salariés. Les conditions en sont fixées légalement.
Vous trouverez ci-après le texte des conditions telles qu'elles ont été agréées par les autorités compétentes.

1 Description de l'assurance

a En cas d'accident survenu aux assurés et dans la mesure où la loi belge sur les accidents du travail est applicable, l'assureur garantit le paiement des indemnités et frais prescrits par cette loi.
L'assureur s'engage à verser ces indemnités et frais à la victime ou à ses ayants droit sans exception ni réserve et nonobstant toute clause de déchéance, et ce pour les accidents survenus avant l'expiration de la présente assurance.

b Les **bénéficiaires** sont soit tous les ouvriers, soit tous les employés, soit tous les ouvriers et tous les employés, occupés chez le preneur d'assurance dont les activités sont décrites dans les conditions particulières.

2 Prévention

Dans toute la mesure du possible, le preneur d'assurance prend les mesures nécessaires pour éviter les accidents.
L'assureur peut émettre des recommandations en la matière et exiger des améliorations en vue de remettre la situation en conformité avec les dispositions légales et contractuelles en matière de protection, de sécurité et d'hygiène des lieux de travail. Le preneur d'assurance fournit la coopération nécessaire à cet effet et donne le libre accès et une capacité de contrôle aux délégués de l'assureur.

Si le preneur d'assurance n'observe pas les directives ci-dessus, l'assureur peut résilier l'assurance.
De même, en cas de manquement grave à la prévention légalement prescrite, l'assureur peut récupérer les paiements pour les accidents du travail qui en résultent, dans la mesure où le preneur d'assurance a été averti spécifiquement et au préalable de l'illégalité de la situation.

3 Subrogation

En cas d'accident dont une autre personne peut être rendue responsable, l'assureur exerce le droit de subrogation qui lui est accordé par la loi sur les accidents du travail.

4 Recours

Si, en vertu de la loi sur le contrat d'assurance (loi du 25 juin 1992), l'assureur a le droit de refuser ou réduire ses prestations, il dispose d'un droit de recours à l'égard du preneur d'assurance.

5 Mentions obligatoires assurance accidents du travail

En annexe à la présente assurance figurent les principaux articles de la loi sur les accidents du travail.
Voici en outre un certain nombre de mentions légalement obligatoires concernant la fin et la résiliation de l'assurance :

a La résiliation de l'assurance accidents du travail se fait toujours au moyen d'une lettre recommandée.

b La résiliation après un accident du travail doit se faire au plus tard un mois après le premier paiement de l'indemnité journalière à la victime ou le refus de payer l'indemnité. La résiliation prend effet à l'échéance suivante, sans que le délai encore à courir puisse être inférieur à trois mois à partir de la notification de la résiliation.

c Si l'assureur résilie l'assurance pour un motif autre qu'un accident du travail, la résiliation prend effet après un mois à compter du lendemain du jour où l'assureur a averti le preneur d'assurance de la résiliation au moyen d'une lettre recommandée.

Cette règle ne s'applique pas dans les cas prévus par l'art. 4 § 2 (police présignée et demande d'assurance) et par l'art. 16 (résiliation pour non-paiement de la prime) de la loi du 25 juin 1992.

d L'assurance obligatoire en matière d'accidents du travail prend fin de plein droit à partir du jour où l'assureur n'est plus agréé pour pratiquer l'assurance des accidents du travail.

e Les dispositions de la loi du 25 juin 1992 sont applicables en ce qui concerne les conditions, la manière et les délais dans lesquels l'employeur ou l'assureur met fin au contrat d'assurance, dans la mesure où il n'y est pas dérogé par la loi sur les accidents du travail ou par les dispositions précitées.

EXTRAIT DE LA LOI SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL

chapitre 1

article 6

§1 La nullité du contrat de louage de travail ne peut être opposée à l'application de la présente loi.

§2 Toute convention contraire aux dispositions de la présente loi est nulle de plein droit.

§3 Lorsqu'il statue sur les droits de la victime et de ses ayants droit, le juge vérifie d'office si les dispositions de la présente loi ont été observées.

chapitre 2 - réparation

SECTION 1RE - ACCIDENT DU TRAVAIL MORTEL

article 10

Lorsque la victime décède des suites de l'accident du travail, il est alloué une indemnité pour frais funéraires égale à trente fois la rémunération quotidienne moyenne. En aucun cas, cette indemnité ne peut être inférieure au montant de l'indemnité correspondante alloué à la date du décès, en application de la législation en matière d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité.

article 11

Outre l'indemnité pour frais funéraires, l'assureur prend à sa charge les frais afférents au transfert de la victime décédée vers l'endroit où la famille souhaite la faire inhumer; l'assureur se charge aussi du transfert, en ce compris l'accomplissement des formalités administratives.

article 12

Si la victime meurt des suites de l'accident du travail, une rente viagère égale à 30 % de sa rémunération de base est accordée:

1 au conjoint non divorcé ni séparé de corps au moment de l'accident;

2 au conjoint ni divorcé, ni séparé de corps au moment du décès de la victime, à condition que:
 a le mariage contracté après l'accident, l'ait été au moins un an avant le décès de la victime ou,
 b un enfant soit issu du mariage ou,
 c au moment du décès, un enfant soit à charge pour lequel un des conjoints bénéficiait des allocations familiales.

Le survivant, divorcé ou séparé de corps, qui bénéficiait d'une pension alimentaire légale ou fixée par convention à charge de la victime, peut également prétendre à la rente viagère visée à l'alinéa 1er sans que celle-ci puisse être supérieure à la pension alimentaire.

article 13

§1 Les enfants de la victime, orphelins de père ou de mère, reçoivent chacun une rente égale à 15 % de la rémunération de base, sans que l'ensemble ne puisse dépasser 45 % de ladite rémunération.

§2 Les enfants du conjoint de la victime, orphelins de père ou de mère, reçoivent chacun une rente égale à 15 % de la rémunération de base, sans que l'ensemble ne puisse dépasser 45 % de ladite rémunération, si leur filiation est établie au moment du décès de la victime.

§3 Les enfants visés au §1er et au §2, orphelins de père et de mère, reçoivent chacun une rente égale à 20 % de la rémunération de base, sans que l'ensemble ne puisse dépasser 60 % de ladite rémunération.

§4 Les enfants dont la filiation n'est établie qu'à l'égard d'un seul de leurs parents sont assimilés à des orphelins pour l'application du présent article.

§5 L'établissement judiciaire de la filiation n'entre en ligne de compte pour l'application du présent article que dans la mesure où la procédure d'établissement de la filiation a été entamée avant la date du décès consécutif à l'accident du travail, sauf si l'enfant était conçu mais n'était pas encore né.

§6 La rente accordée en application du §2 et du §3 aux enfants du conjoint de la victime est diminuée du montant de la rente accordée à ces enfants du chef d'un autre accident mortel du travail. Le montant total de la rente ainsi diminuée et de l'autre rente ne peut toutefois être inférieur au montant de la rente accordée aux enfants de la victime.

article 14

§1 Les enfants adoptés par une seule personne avant le décès reçoivent une rente qui, pour chaque enfant, est égale à 20 % de la rémunération de base de l'adoptant décédé, sans que l'ensemble puisse dépasser 60 % de ladite rémunération.

§2 Les enfants adoptés par deux personnes reçoivent pour chaque enfant, une rente égale à:

a 15 % de la rémunération de base si l'un des adoptants survit à l'autre, sans que l'ensemble puisse dépasser 45 % de ladite rémunération;

b 20 % de la rémunération de base si l'un des adoptants est prédécédé, sans que l'ensemble puisse dépasser 60 % de ladite rémunération.

§3 Les adoptés qui, conformément aux dispositions de l'article 365 du Code civil, peuvent faire valoir leurs droits dans leur famille d'origine et dans leur famille adoptive, ne peuvent pas cumuler les droits auxquels ils pourraient prétendre dans chacune de ces familles. Ils peuvent toutefois opter entre la rente à laquelle ils ont droit dans leur famille d'origine et celle à laquelle ils ont droit dans leur famille adoptive. Les adoptés peuvent toujours revenir sur leur choix si un nouvel accident mortel survient dans leur famille d'origine ou adoptive.

§4 En cas de concours des intérêts des enfants adoptés et de ceux des autres enfants, la rente accordée aux enfants adoptés ne peut être supérieure à celle accordée aux autres enfants.

§5 Les dispositions du présent article sont également applicables dans les cas prévus à l'article 355 du Code civil.

article 15

§1 Le père et la mère de la victime qui, au moment du décès, ne laisse ni conjoint ni enfants bénéficiaires reçoivent chacun une rente viagère égale à 20 % de la rémunération de base.
Si la victime laisse, au moment du décès, un conjoint sans enfants bénéficiaires, la rente pour chacun des ayants droit visés à l'alinéa précédent est égale à 15 % de la rémunération de base.
Les adoptants ont les mêmes droits que les parents de la victime.
L'établissement judiciaire de la filiation n'entre en ligne de compte pour l'application du présent article que dans la mesure où la procédure d'établissement de la filiation a été entamée avant la date du décès consécutif à l'accident du travail.

§2 En cas de prédécès du père ou de la mère de la victime, chaque ascendant du prédécédé reçoit une rente égale à:

a 15 % de la rémunération de base s'il n'y a ni conjoint ni enfants bénéficiaires;

b 10 % de la rémunération de base s'il y a un conjoint sans enfants bénéficiaires.

article 16

Les petits-enfants de la victime qui ne laisse pas d'enfants bénéficiaires reçoivent, si leur père ou leur mère est décédé(e), une rente égale à 15 % de la rémunération de base sans que l'ensemble puisse dépasser 45 % de ladite rémunération. Si leur père ou leur mère sont décédés, ils reçoivent une rente égale à 20 % de la rémunération de base pour chacun d'eux, sans que l'ensemble puisse dépasser 60 % de ladite rémunération.
Toutefois, s'il existe des enfants bénéficiaires, les petits-enfants orphelins de père ou de mère ont, par souche, des droits égaux à ceux des enfants: la rente accordée à chaque souche de petits-enfants est fixée à 15 % et partagée par tête. Si les petits-enfants visés à l'alinéa précédent sont orphelins de père et de mère, la rente par souche est portée à 20 %. La rente octroyée aux petits-enfants est diminuée de la rente attribuée aux petits-enfants précités en raison d'un autre accident du travail.
Sont assimilés aux petits-enfants, pour autant qu'ils n'aient pas encore droit à une rente suite au même accident mortel du travail, les enfants pour lesquels des allocations familiales sont accordées du chef des prestations de la victime ou du conjoint, même si leurs père et mère sont encore en vie. Si la victime ne laisse pas d'enfants bénéficiaires, chacun d'eux reçoit une rente égale à 15 % de la rémunération de base, sans que l'ensemble ne puisse dépasser 45 % de ladite rémunération. Si la victime laisse des enfants ou petits-enfants bénéficiaires, les enfants assimilés aux petits-enfants sont réputés former une souche. La rente accordée à cette souche est fixée à 15 % et est partagée par tête.

article 17

Les frères et soeurs de la victime qui ne laisse aucun autre bénéficiaire, reçoivent chacun une rente égale à 15 % de la rémunération de base, sans que l'ensemble puisse dépasser 45 % de ladite rémunération.

article 18

Si le nombre d'ayants droit visés aux articles 13, 14, 16 ou 17 est supérieur à 3, le taux de 15 % ou de 20 % est diminué, pour chaque ayant droit, en le multipliant par une fraction ayant pour numérateur le nombre 3 et pour dénominateur le nombre d'ayants droit.
Les taux maximums de 45 % et de 60 % restent applicables à tous les ayants droit aussi longtemps que leur nombre n'est pas inférieur à 3. S'il ne subsiste plus que deux ayants droit, chacun d'eux a droit à une rente égale à 15 ou à 20 %. Pour l'application du présent article, chaque souche est considérée comme une unité dans le cas visé à l'article 16, alinéas 3, 4 et 6.

article 19

Les enfants, petits-enfants, frères et soeurs reçoivent une rente tant qu'ils ont droit à des allocations familiales et en tout cas jusqu'à l'âge de 18 ans. La rente est due jusqu'à la fin du mois au cours duquel le droit s'éteint.
Sans préjudice des dispositions des alinéas 1 et 2, les enfants, petits-enfants, frères et soeurs handicapés reçoivent une rente aux conditions fixées par le Roi. Le Roi détermine également la manière selon laquelle l'insuffisance de la diminution de la capacité physique ou mentale de ces ayants droit est constatée.

article 20

Les ascendants, les petits-enfants, les frères et soeurs ne reçoivent la rente que s'ils profitaient directement de la rémunération de la victime. Sont présumés tels ceux qui vivaient sous le même toit. Si la victime est un apprenti qui ne recevait pas de rémunération, les bénéficiaires ont néanmoins droit à la rente s'ils vivaient sous le même toit.

article 20bis

Pour les ascendants, la rente reste due jusqu'au moment où la victime aurait atteint l'âge de 25 ans, à moins qu'ils puissent fournir la preuve que la victime était leur principale source de revenus.

article 21

Les rentes visées aux articles 12 à 17 sont dues à partir de la date du décès de la victime.

SECTION 2 - INCAPACITÉ DE TRAVAIL

article 22

Lorsque l'accident a été la cause d'une incapacité temporaire et totale de travail, la victime a droit, à partir du jour qui suit celui du début de l'incapacité de travail, à une indemnité journalière égale à 90 % de la rémunération quotidienne moyenne.
L'indemnité afférente à la journée au cours de laquelle l'accident survient ou au cours de laquelle l'incapacité de travail débute est égale à la rémunération quotidienne normale diminuée de la rémunération éventuellement proméritée par la victime.

article 23

Si l'incapacité temporaire de travail est ou devient partielle, l'assureur peut demander à l'employeur d'examiner la possibilité d'une remise au travail, soit dans la profession que la victime exerçait avant l'accident, soit dans une profession appropriée qui peut lui être confiée à titre provisoire. La remise au travail ne peut avoir lieu qu'après avis favorable du médecin du travail lorsque cet avis est prescrit par le Règlement général pour la protection du travail ou lorsque la victime s'estime inapte à reprendre le travail.
Dans le cas où la victime accepte la remise au travail, elle a droit à une indemnité équivalant à la différence entre sa rémunération avant l'accident et celle qu'elle gagne depuis sa remise au travail.
Jusqu'au jour de la remise complète au travail ou de la consolidation, la victime bénéficie de l'indemnité d'incapacité temporaire totale:

1 si, non remise au travail, elle se soumet à un traitement qui lui est proposé en vue de sa réadaptation;

2 si, non remise au travail, il ne lui est pas proposé de traitement en vue de sa réadaptation;

3 si, pour un motif valable, elle refuse la remise au travail ou le traitement proposé ou si elle y met fin.

Si, sans raisons valables, la victime refuse ou interrompt prématurément la remise au travail proposée, elle a droit à une indemnité correspondant à son degré d'incapacité de travail, calculé d'après ses possibilités de travail dans sa profession initiale ou dans celle qui lui est provisoirement offerte.
Si, sans raisons valables, la victime refuse ou interrompt prématurément le traitement qui lui est proposé en vue de sa réadaptation, elle a droit à une indemnité correspondant à son degré d'incapacité de travail, calculé d'après ses possibilités de travail dans sa profession initiale ou dans une profession provisoire qui lui est promise par écrit, suivant les modalités prévues au premier alinéa, pour le cas où elle suivrait le traitement. Pendant le temps nécessaire à la procédure de remise au travail visée par cet article, la victime a droit à l'indemnité d'incapacité temporaire et totale de travail.

article 23bis

Sans préjudice des dispositions de l'article 39, après une période de trois mois à compter du jour de l'accident, les indemnités visées aux articles 22 et 23 sont adaptées à l'indice des prix à la consommation, conformément aux dispositions de la loi du 2 août 1971 organisant un régime de liaison à l'indice des prix à la consommation des traitements, salaires, pensions, allocations et subventions à charge du Trésor public, de certaines prestations sociales, des limites de rémunération à prendre en considération pour le calcul de certaines cotisations de sécurité sociale des travailleurs, ainsi que des obligations imposées en matière sociale aux travailleurs indépendants.
Pour l'application de l'alinéa précédent, l'indemnité journalière est liée à l'indice-pivot en vigueur à la date de l'accident en application de l'article 4, §1, de la loi du 2 août 1971 précitée.

article 24

S'il déclare la victime guérie sans incapacité permanente de travail, l'assureur lui notifie cette décision selon les modalités définies par le Roi.
Si l'incapacité est ou devient permanente, une allocation annuelle de 100 %, calculée d'après la rémunération de base et le degré d'incapacité, remplace l'indemnité journalière à dater du jour où l'incapacité présente le caractère de la permanence; ce point de départ est constaté par voie d'accord entre parties ou par une décision coulée en force de chose jugée.

Par dérogation aux dispositions du précédent alinéa, ladite allocation annuelle est diminuée de 50 % si le taux d'incapacité s'élève à moins de 5 % et de 25 % si le taux d'incapacité s'élève à 5 % ou plus, mais moins que 10 %.

Si l'état de la victime exige absolument et normalement l'assistance d'une autre personne, elle peut prétendre à une allocation complémentaire, fixée en fonction du degré de nécessité de cette assistance, sur base du revenu minimum mensuel moyen garanti tel que déterminé pour un travailleur à temps plein, par convention collective de travail conclue au sein du Conseil national du travail.
Le montant annuel de cette allocation complémentaire ne peut dépasser le montant dudit revenu minimum mensuel moyen garanti, multiplié par douze.
En cas d'hospitalisation de la victime, à charge de l'assureur, dans un établissement hospitalier ou de soins, l'allocation pour l'aide d'une tierce personne, visée à l'alinéa précédent, n'est plus due à partir du 91e jour d'hospitalisation ininterrompue.
À l'expiration du délai de révision prévu à l'article 72, l'allocation annuelle est remplacée par une rente viagère.

article 24bis

Pour les accidents survenus avant le 1er janvier 1988, l'assureur ne peut retenir l'allocation pour l'aide d'une tierce personne sur la base de l'article 24, alinéa 6, que jusqu'à l'expiration du délai visé à l'article 72.
En cas d'hospitalisation de la victime, à charge du Fonds, dans un établissement hospitalier ou de soins après l'expiration du délai visé à l'article 72, l'indexation ou l'allocation n'est pas due à partir du 91e jour d'hospitalisation ininterrompue, ceci à concurrence de l'allocation pour l'aide d'une tierce personne visée à l'article 24, alinéa 4, majorée de l'indexation ou de l'allocation pour cette prestation.

article 24ter

Pour l'application des articles 24, alinéa 6, et 24bis, alinéa 2, de la présente loi, toute nouvelle hospitalisation qui survient dans les 90 jours qui suivent la fin d'une hospitalisation précédente, est censée être la prolongation de cette dernière.

article 25

Si l'incapacité permanente causée par un accident du travail s'aggrave à un point tel que la victime ne peut plus exercer temporairement la profession dans laquelle elle a été reclassée, elle peut prétendre durant cette période, aux indemnités prévues aux articles 22, 23 et 23bis.
Sont assimilées à cette situation, toutes les périodes nécessaires pour revoir ou reprendre toutes les mesures de réadaptation médicale et professionnelle, y compris tous les problèmes posés par les prothèses lorsque ceci empêche totalement ou partiellement l'exercice de la profession dans laquelle la victime avait été reclassée.
Au cas où ces aggravations temporaires se produisent après le délai fixé à l'article 72, les indemnités ne sont dues qu'en cas d'incapacité permanente de travail d'au moins 10 %.

article 25bis

Pour les accidents survenus avant le 1er janvier 1988, le Fonds des accidents du travail fixe et paie ces indemnités lorsque les aggravations temporaires visées à l'article 25, alinéa 3, se produisent après le délai fixé à l'article 72 en cas d'incapacité permanente de travail d'au moins 10 %.

article 26

Si l'accident a causé des dégâts aux appareils de prothèse ou d'orthopédie, la victime a droit aux frais de réparation ou de remplacement de ces appareils. Cette disposition est également d'application si l'accident n'a pas produit une lésion.
Si la victime subit du fait du dommage visé à l'alinéa 1er une incapacité temporaire de travail, elle a droit pendant la période qui est nécessaire à la réparation ou au remplacement des appareils de prothèse et d'orthopédie, aux indemnités prévues aux articles 22, 23 ou 23bis.

article 27

Pour les jours au cours desquels la victime interrompt son travail à la demande de l'assureur ou d'une juridiction du travail en vue d'un examen résultant de l'accident, l'assureur doit à la victime une indemnité égale à la rémunération quotidienne normale diminuée de la rémunération éventuellement proméritée par la victime. Pour l'application de la législation sociale, les jours d'interruption de travail sont assimilés à des jours de travail effectif.
L'alinéa 1er est également d'application au Fonds des accidents du travail.

SECTION 2bis - ALLOCATIONS

article 27bis

Les rentes visées aux articles 12 à 17 et les allocations annuelles et rentes pour une incapacité de travail d'au moins 10 % sont adaptées à l'indice des prix à la consommation, conformément aux dispositions de la loi du 2 août 1971 organisant un régime de liaison à l'indice des prix à la consommation des traitements, salaires, pensions, allocations et subventions à charge du Trésor public, de certaines prestations sociales, des limites de rémunération à prendre en considération pour le calcul de certaines cotisations de sécurité sociale des travailleurs, ainsi que des obligations imposées en matière sociale aux travailleurs indépendants.

Ces allocations annuelles ou les rentes réellement payées sont rattachées à l'indice-pivot en vigueur à la date de l'accident en application de l'article 4, § 1er, de la loi du 2 août 1971 précitée.

Les premier et deuxième alinéas ne s'appliquent pas aux allocations annuelles et rentes qui correspondent à un taux d'incapacité permanente de travail de 10 p.c. à moins de 16 p.c. et dont la valeur est versée en capital au Fonds des accidents du travail en application de l'article 45quater, alinéas trois et quatre.

Par dérogation à l'alinéa précédent, pour les accidents visés à l'article 45quater, alinéas trois et quatre, antérieurs au 1er janvier 1997, les allocations annuelles correspondant à un taux d'incapacité de travail de 10 p.c. à moins de 16 p.c. sont liées à l'indice des prix à la consommation jusqu'à la date du 1er janvier 1997.

En outre, des allocations, dont le montant et les conditions d'octroi sont fixés par le Roi, sont accordées à certaines catégories de victimes ou leurs ayants droit.

article 27ter

Pour les accidents survenus avant le 1er janvier 1988, l'indexation et les allocations visées à l'article 27bis et pour les accidents visés à l'article 45quater les allocations fixées par le Roi sont à charge du Fonds des accidents du travail.

article 27quater

La victime d'un accident du travail et les ayants droit visés aux articles 12 à 17 inclus peuvent prétendre à une allocation spéciale à charge du Fonds des accidents du travail, s'ils fournissent la preuve que l'accident ne donnait pas lieu, au moment du fait dommageable, à une réparation comme accident du travail ou comme accident sur le chemin du travail, alors que l'application de la loi au moment de la demande aurait donné lieu à l'octroi d'une rente.
Le Roi fixe le montant et les modalités d'octroi de l'allocation spéciale, ainsi que les conditions d'intervention du Fonds en faveur des personnes ayant droit à l'allocation spéciale en matière de prise en charge des périodes d'incapacité temporaire de travail, des frais inhérents aux soins médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et hospitaliers et aux appareils de prothèse et d'orthopédie nécessaires du fait de l'accident.

SECTION 3 - SOINS MÉDICAUX

article 28

La victime a droit aux soins médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et hospitaliers et, dans les conditions fixées par le Roi, aux appareils de prothèse et d'orthopédie nécessités par l'accident.

article 28bis

Pour les accidents survenus avant le 1er janvier 1988, les frais pour les soins visés à l'article 28 ne sont à charge de l'assureur que jusqu'à l'expiration du délai fixé à l'article 72. Passé ce délai, ils sont à charge du Fonds des accidents du travail.

Pour les accidents survenus avant le 1er janvier 1988, le coût des appareils de prothèse et d'orthopédie n'est à charge de l'assureur que jusqu'à la date de l'homologation ou de l'entérinement de l'accord ou de la décision visée à l'article 24.
Une indemnité supplémentaire représentant le coût probable du renouvellement et de la réparation des appareils est fixée par l'accord ou par la décision et est calculée de la manière fixée par le Roi.
Cette indemnité est versée par l'assureur au Fonds des accidents du travail dans le mois qui suit l'homologation ou l'entérinement de l'accord ou la décision visée par l'article 24.

article 29

La victime a le libre choix du médecin, du pharmacien ou du service médical, pharmaceutique et hospitalier, sauf lorsque les conditions suivantes sont remplies:

1 l'employeur ou l'assureur a institué à sa charge et dans les conditions déterminées par le Roi, un service médical, pharmaceutique et hospitalier;
2 le service a été agréé. L'agréation est accordée et retirée par le Roi dans les conditions qu'il détermine;
3 l'employeur ou l'assureur a désigné au moins trois médecins à qui la victime peut s'adresser;
4 lorsque le service est institué par un assureur, il faut que celui-ci ait dûment informé l'employeur;
5 l'institution du service et les noms des médecins sont mentionnés au règlement de travail, ou, en ce qui concerne les marins, au rôle d'équipage;
6 le Comité de sécurité a été consulté dans les conditions fixées par le Roi dans le Règlement général pour la protection du travail.

Lorsqu'en raison de l'urgence, la victime a dû être admise dans un service autre que celui institué, en vertu du premier alinéa, par l'employeur ou par l'assureur, ceux-ci ne peuvent exiger le transfert de la victime à leur service. Dans ce cas, les frais pour soins médicaux, pharmaceutiques ou hospitaliers sont à charge de l'assureur.

article 30

L'employeur ou l'assureur désignent trois médecins au moins en dehors du service médical, pharmaceutique ou hospitalier visé à l'article 29, à qui la victime peut s'adresser en vue d'assurer la continuation et la surveillance du traitement médical prescrit et appliqué originairement par ce service et d'assurer le contrôle de son incapacité de travail. Cette désignation peut être faite à titre temporaire ou occasionnel chaque fois que la victime réside hors de la région où le service médical, pharmaceutique et hospitalier ou le médecin agréé à titre permanent est installé.
Le Comité de sécurité, d'hygiène et d'embellissement des lieux de travail ou, à défaut, la délégation syndicale, peut désigner les trois médecins visés à l'alinéa premier lorsque:

1 l'employeur ou l'assureur négligent de désigner trois médecins;

2 l'employeur ou l'assureur désignent des médecins qui sont établis hors de la région où la victime réside en vue de son rétablissement complet.

Le Roi détermine les limites de la région à prendre en considération pour l'application de la présente disposition.

article 31

Lorsque la victime a le libre choix du médecin, du pharmacien et du service hospitalier, les soins médicaux sont remboursés sur base du tarif fixé par le Roi.

article 32

Au cours du traitement, l'assureur, dans le cas où la victime a le libre choix du médecin, du pharmacien et du service hospitalier et, dans le cas contraire, la victime ou les ayants droit peuvent désigner un médecin chargé de contrôler le traitement. Ce médecin aura libre accès auprès de la victime, le médecin traitant dûment prévenu. Le Roi détermine les honoraires dus au médecin désigné par la victime ou les ayants droit. Ils sont supportés pour 90 % par l'assureur.

article 33

Dans les conditions fixées par le Roi, la victime, le conjoint, les enfants et les parents ont droit à l'indemnisation des frais de déplacement résultant de l'accident.

SECTION 5 - PAIEMENT

article 45

La victime et le conjoint peuvent demander qu'un tiers au maximum de la valeur de la rente qui leur revient soit payé en capital.

Cette demande peut être formée à tout moment, même après la constitution du capital. Le juge décide au mieux de l'intérêt du demandeur.
Le capital se calcule conformément au tarif fixé par le Roi et en fonction de l'âge de la victime ou de l'ayant droit au premier jour du trimestre qui suit la décision du juge. À partir de cette date, des intérêts sont dus de plein droit sur ce capital.

article 45bis

Sauf pour les accidents du travail visés aux articles 45ter et 45quater, si la rente, après l'expiration du délai de révision, est calculée sur un taux d'incapacité permanente de travail inférieur à 10 p.c., la valeur de la rente viagère, diminuée conformément à l'article 24, alinéa 3, est payée à la victime, en capital, dans le mois qui suit l'expiration dudit délai.
Le capital se calcule conformément au tarif fixé par le Roi et en fonction de l'âge de la victime au premier jour du trimestre qui suit l'expiration du délai de révision. À partir de cette date, des intérêts sont dus de plein droit sur ce capital.

article 45ter

Pour les accidents survenus avant le 1er janvier 1988, la valeur de la rente qui, après l'expiration du délai visé à l'article 72, est calculée sur un taux d'incapacité permanente de travail inférieur à 10 %, est versée en capital au Fonds des accidents du travail conformément à l'article 51bis.
Dans ces cas, l'article 45, alinéa 1er, n'est pas d'application.

article 45quater

Pour les accidents survenus à partir du 1er janvier 1988 dans le cas desquels la fixation du taux d'incapacité permanente de travail de moins de 10 p.c. se fait, soit par entérinement de l'accord à une date à partir du 1er janvier 1994, soit par une décision judiciaire coulée en force de chose jugée, à une date à partir du 1er janvier 1994, la valeur de l'allocation annuelle et de la rente est versée en capital au Fonds des accidents du travail, tel qu'il est prévu à l'article 51ter.

Ce règlement s'applique également aux accidents survenus à partir du 1er janvier 1988 pour lesquels la victime a été déclarée guérie sans incapacité permanente de travail à partir du 1er janvier 1994 ou pour lesquels la fixation du taux d'incapacité permanente de travail de 10 p.c. ou plus se fait par un entérinement ou par une décision judiciaire visés à l'alinéa premier, dans le cas où les allocations annuelles et rentes sont fixées, après révision, sur la base d'un taux de moins de 10 p.c., soit par un accord-révision entériné, soit par une décision judiciaire coulée en force de chose jugée.

En ce qui concerne les accidents pour lesquels la fixation du taux d'incapacité permanente de travail de 10 p.c. à moins de 16 p.c. se fait soit par entérinement de l'accord à une date à partir du 1er janvier 1997, soit par une décision judiciaire passant en force de chose jugée à une date à partir du 1er janvier 1997, la valeur d'une allocation annuelle ou d'une rente liées, le cas échéant, à l'indice des prix à la consommation est versée en capital au Fonds des accidents du travail, comme le prévoit l'article 51ter.

L'alinéa précédent s'applique également aux accidents pour lesquels la victime a été déclarée guérie sans incapacité permanente de travail à partir du 1er janvier 1997 ou pour lesquels la fixation du taux d'incapacité permanente de travail de moins de 10 p.c. ou de 16 p.c. au moins se fait par un entérinement ou par une décision judiciaire visés à l'alinéa précédent, dans le cas où les allocations annuelles et rentes sont fixées, après révision,

sur la base d'un taux de 10 p.c. à moins de 16 p.c. soit par un accord-révision entériné, soit par une décision judiciaire coulée en force de chose jugée.
Dans ces cas, l'article 45, alinéa 1er, n'est pas d'application.

chapitre 3 - assurance

article 49

L'employeur est tenu de contracter une assurance contre les accidents du travail auprès d'une société d'assurance à primes fixes agréée, soit auprès d'une caisse commune d'assurance agréée.

La durée du contrat d'assurance ne peut excéder un an; cette durée doit être prolongée le cas échéant de la période qui sépare la date de prise d'effet du contrat du 1er janvier de l'année qui suit.

Sauf si l'une des parties s'y oppose par lettre recommandée déposée à la poste au moins trois mois avant l'arrivée du terme du contrat, celui-ci est reconduit tacitement pour des périodes successives d'un an. La présente disposition n'est pas applicable aux contrats d'assurance d'une durée inférieure à un an.

Par dérogation aux dispositions des alinéas 2 et 3, la durée peut être de trois ans pour les contrats d'assurance conclus avec des entreprises qui, au moment de la conclusion ou de la prolongation du contrat, emploient dix personnes ou plus ou qui font assurer une masse salariale de plus de dix fois la rémunération de base maximum telle que visée à l'article 39 de la présente loi.
Le Roi fixe les conditions, les modalités et les délais dans lesquels il est mis fin au contrat d'assurance.
Dans le cas où l'assureur se réserve le droit de résilier le contrat après la survenance d'un sinistre, le preneur d'assurance dispose du même droit. Cette disposition n'est pas applicable aux contrats d'assurance d'une durée de trois ans, conclus avec des entreprises dont la moyenne annuelle de l'effectif du personnel est supérieure à cent ou qui font assurer un volume salarial de plus de cent fois la rémunération annuelle de base maximum visée à l'article 39.

L'assureur couvre tous les risques définis aux articles 7 et 8 pour tous les travailleurs au service d'un employeur et pour toutes les activités auxquelles ils sont occupés par cet employeur.

Toutefois, l'employeur conserve la possibilité d'assurer tous les ouvriers ou employés de son entreprise ou d'un siège d'exploitation de celle-ci ou tous les gens de maison à son service auprès d'assureurs distincts.

L'employeur qui pratique également des assurances contre les accidents du travail, doit souscrire l'assurance obligatoire contre les accidents du travail en faveur de ses travailleurs auprès d'un assureur agréé avec lequel il n'a aucun lien juridique ou commercial.

article 49bis

§1 Les dispositions de l'article 49, alinéas 5 et 6, telles que remplacées par l'article 57 de la loi du 30 décembre 1992 portant des dispositions sociales et diverses, ne s'appliquent aux contrats d'assurance souscrits avant son entrée en vigueur qu'à partir de la date de la modification, du renouvellement, de la reconduction ou de la transformation de ces contrats.

§2 Les contrats visés au § 1er qui n'ont été ni modifiés, ni renouvelés, ni reconduits, ni transformés sont soumis aux dispositions de l'article 49, alinéas 5 et 6, telles que remplacées par l'article 57 de la loi du 30 décembre 1992 portant des dispositions sociales et diverses, dès le 1er septembre 1994.

§3 Les dispositions de l'article 49, alinéas 2, 3 et 4, telles que remplacées par l'article 57 de la loi du 30 décembre 1992 portant des dispositions sociales et diverses, s'appliquent aux contrats en cours dès le 1er janvier 1993. Les modifications résultant de l'adaptation des contrats en cours aux nouvelles dispositions de l'article 49, telles que remplacées par l'article 57 de la loi du 30 décembre 1992 portant des dispositions sociales et diverses, ne peuvent justifier la résiliation du contrat.

§4 Les entreprises d'assurance procèdent à l'adaptation formelle des contrats d'assurance et autres documents d'assurance aux nouvelles dispositions de l'article 49, telles que remplacées par l'article 57 de la loi du 30 décembre 1992 portant des dispositions sociales et diverses, au plus tard pour le 1er juillet 1993 ou pour la date à laquelle la loi leur est applicable si cette date est postérieure au 1er juillet 1993. Jusqu'à cette date, les contrats existants et nouveaux ne doivent pas, quant à la forme, être conformes à l'article 49 précité.

article 50

L'employeur qui n'a pas contracté une assurance est affilié d'office auprès du Fonds des accidents du travail conformément aux dispositions fixées par le Roi après avis du Comité de gestion dudit Fonds.

article 69

L'action en paiement des indemnités se prescrit par trois ans. L'action en répétition d'indemnités indues se prescrit par trois ans.
L'action en répétition d'indemnités obtenues à la suite de manoeuvres frauduleuses ou de déclarations fausses ou sciemment incomplètes se prescrit toutefois par cinq ans.
Les créances du Fonds des accidents du travail à charge des débiteurs visés à l'article 59, 4e, se prescrivent par cinq ans.

article 72

La demande en révision des indemnités, fondée sur une modification de la perte de capacité de travail de la victime ou sur son décès dû aux conséquences de l'accident, peut être introduite dans les trois ans qui suivent la date de l'homologation ou de l'entérinement de l'accord entre les parties ou de la décision ou de la notification visées à l'article 24.
La victime ou ses ayants droit peuvent intenter une action en justice contre la décision de guérison sans incapacité permanente de travail dans les trois ans qui suivent la date de la notification visée à l'article 24. Dans ce cas, la demande visée à l'alinéa 1er peut être introduite dans les trois ans qui suivent la date de la décision visée à l'article 24.
L'action en révision peut être introduite par demande reconventionnelle jusqu'à la clôture des débats, par voie de conclusions déposées au greffe et communiquées aux autres parties.

ASSURANCE ACCIDENTS DU TRAVAIL AU-DELÀ DU PLAFOND LÉGAL

Définitions

Dans la présente assurance, il faut entendre par :

Vous :

Les travailleurs salariés de l'entreprise désignée qui sont mentionnés comme assurés dans les conditions particulières.

Nous :

Fidea sa, ayant son siège social en Belgique, Van Eycklei 14, 2018 ANTWERPEN, RCA 1479.

1 Description de l'assurance

a Lorsque vous êtes victime d'un accident et dans la mesure où la loi belge sur les accidents du travail est applicable, nous garantissons le paiement des indemnités et frais prescrits par cette loi, à l'exception des indemnités pour les situations d'aggravation temporaires.

b Nous calculons les indemnités sur la différence entre la rémunération annuelle réelle de la victime et le maximum légal. La rémunération annuelle réelle est en tout cas limitée au montant mentionné dans les conditions particulières.

2 Indexation des indemnités

Nous indexons les indemnités dans les cas déterminés par la loi. Si le taux d'intérêt que nous devons appliquer en vertu de la loi est supérieur au taux d'intérêt de bons de caisse belges émis en euros pour une durée fixe de cinq ans, l'indexation est limitée, sur base annuelle, au taux d'intérêt précité de ces bons de caisse. Le taux d'intérêt ici visé est le taux d'intérêt officiel (ou, à défaut, la moyenne de celui des cinq banques principales) applicable aux bons de caisse nouvellement émis au début de l'année civile qui précède le paiement des indemnités.
À défaut de bons de caisse, nous utilisons une forme d'épargne équivalente comme base de référence. Cela se fait sous le contrôle de l'Office de Contrôle des Assurances.

3 Exclusions

Sont exclus :

- le suicide et les conséquences d'une tentative de suicide;
- les accidents causés intentionnellement par la victime ou un ayant droit et les accidents résultant de leur faute lourde; il s'agit ici :
  - des accidents imputables à l'ivresse ou à un état simlaire résultant de la prise de produits autres que des boissons alcoolisées;
  - des accidents survenus pendant l'exposition volon-taire à un danger exceptionnel et inutile;
  - des accidents survenus au cours d'actes de violence commis sur des personnes ou pendant la détérioration ou le détournement malveillants de biens.
  Cette exclusion n'est pas appliquée à la victime ou à l'ayant droit qui n'est pas lui-même auteur ou complice;
- les accidents se rapportant à la guerre (civile) ou à des faits de même nature; cette exclusion ne s'applique pas aux accidents survenus à l'étranger pendant les quinze jours qui suivent le début des hostilités, si la Belgique n'y est pas impliquée et si vous êtes surpris par leur survenance;
- les accidents imputables :
  - à des réactions nucléaires, à la radioactivité, à des radiations ionisantes, à l'exception des radiations nécessaires à la suite d'un accident assuré;
  - aux conséquences directes en Belgique de tremblements de terre et d'éruptions volcaniques.

4 Subrogation

Nous sommes subrogés dans vos droits ou dans ceux du bénéficiaire contre la personne responsable de l'accident, jusqu'à concurrence de nos dépenses.
Sauf en cas de malveillance, nous n'exerçons pas ce droit de subrogation contre vous, votre conjoint et vos parents et alliés en ligne directe, ni contre les personnes habitant chez vous, vos hôtes et les membres de votre personnel domestique.
Le recours est toutefois possible à l'égard des personnes précitées, si leur responsabilité est effectivement couverte par une assurance.

5 Indemnisation obligatoire pour les usagers faibles de la route

La présente assurance ne s'applique pas aux indemnités et frais qui sont dus sur base des règles d'indemnisation de certaines victimes de la route telles que piétons, cyclistes et passagers (art. 29 bis de la loi du 21 novembre 1989 relative à l'assurance obligatoire de la responsabilité en matière de véhicules automoteurs).
Mais nous sommes disposés à payer ces indemnités et frais à titre d'avance si vous êtes d'accord de nous céder la demande de paiement ou de nous rembourser les indemnités et frais dès que vous en aurez reçu le paiement.

Tableaux assurance accidents sur base de rémunération annuelle convenue

VICTIME

Âge	Coefficient
18	18.7270
19	18.5730
20	18.4117
21	18.2431
22	18.0666
23	17.8821
24	17.6890
25	17.4872
26	17.2760
27	17.0553
28	16.8244
29	16.5831
30	16.3307
31	16.0669
32	15.7912
33	15.5030
34	15.2017
35	14.8868
36	14.5578
37	14.2138
38	13.8544
39	13.4789
40	13.0863
41	12.6761
42	12.2474
43	11.7993
44	11.3310
45	10.8413
46	10.3294
47	9.7940
48	9.2339
49	8.6479
50	8.0345
51	7.3922
52	6.7193
53	6.0138

ENFANTS JUSQUE 25 ANS

Âge	Coefficient
0	13.3567
1	12.9417
2	12.5068
3	12.0510
4	11.5732
5	11.0726
6	10.5479
7	9.9979
8	9.4216
9	8.8176
10	8.1845
11	7.5210
12	6.8256
13	6.0968
14	5.3329
15	4.5322
16	3.6931
17	2.8134
18	2.7403
19	2.4602
20	2.1123
21	2.0841
22	1.6526
23	1.1245
24	0.5085

ASSURANCE ACCIDENTS MEMBRES DE LA FAMILLE

Définitions

Dans la présente assurance, il faut entendre par :

Vous :

- les enfants du gérant, administrateur ou associé de l'entreprise désignée mentionné dans les conditions particulières; les enfants ne vivant plus au foyer sont assurés tant qu'ils n'ont pas fondé de famille propre et sont encore entretenus par leurs parents;
- le gérant, administrateur ou associé qui est mentionné comme assuré dans les conditions particulières, ainsi que son conjoint ou compagnon cohabitant.

Nous :

Fidea sa ayant son siège social en Belgique, Van Eycklei 14, 2018 ANTWERPEN, RCA 1479.

1 Description de l'assurance

a Lorsque vous êtes victime d'un accident, nous garantissons :

- une indemnité en cas de décès, d'incapacité permanente et/ou temporaire de travail;
- une intervention complémentaire en cas de lésions permanentes très graves;
- le remboursement des frais de soins médicaux et des frais similaires.

b Un accident est un événement soudain dont la cause ou l'une des causes est étrangère à l'organisme de la victime et qui entraîne une lésion corporelle constatable objectivement ou la mort.

c L'assurance s'applique pendant l'exercice de vos activités propres à l'entreprise désignée et dans votre vie privée, c.-à-d. lorsque vous n'exercez pas d'activité professionnelle.

2 Indemnités

a En cas de décès

En cas de décès dans les trois ans qui suivent l'accident, nous payons une indemnité de 12 394,68 EUR.
Nous payons cette indemnité au conjoint cohabitant ou, à défaut, aux héritiers jusques et y compris du troisième degré.
S'il n'y a pas de tels ayants droit ou si, le jour de l'accident, la victime est encore mineure d'âge, nous remboursons les frais funéraires jusqu'à un montant de 3718,40 EUR à la personne qui les a réellement exposés.

b Incapacité permanente

En cas d'incapacité permanente, nous vous payons une indemnité proportionnelle au degré d'incapacité. Cette indemnité est due dès que le degré d'incapacité est supérieur à 5 %. Le montant sur base duquel nous calculons l'indemnité est mentionné dans les conditions particulières. Pour les enfants qui sont mineurs d'âge le jour de l'accident, ce montant est majoré de 12 394,68 EUR.
Le calcul de l'indemnité se fait comme suit :

- pour la partie du degré d'incapacité jusque 25 % : une part proportionnelle du montant assuré;
- pour la partie du degré d'incapacité au-delà de 25 % jusque 50 % : sur base de deux fois le montant assuré;
- pour la partie du degré d'incapacité au-delà de 50 % : sur base de trois fois le montant assuré.

Pour la fixation du degré d'incapacité, nous utilisons les pourcentages indiqués dans le 'Barème officiel belge des invalidités', sans tenir compte de la profession exercée. La fixation du degré d'incapacité se fait au moment de la consolidation des lésions, mais au plus tard trois ans après le jour de l'accident.
L'indemnité en cas de décès (frais funéraires compris) et l'indemnité en cas d'incapacité permanente ne peuvent pas être cumulées.

c Lésions permanentes très graves

En cas d'incapacité permanente de 67 % ou plus, nous payons une intervention financière complémentaire que vous pouvez affecter au paiement de divers frais qu'un tel handicap entraîne, tels que les frais :

- pour l'aide de tiers;
- pour les travaux de transformation de l'habitation et de la voiture de la personne handicapée;
- pour le recyclage ou la rééducation;
- pour l'achat d'un chien d'aveugle;
- etc.

Le montant de cette intervention est mentionné dans les conditions particulières.

d Incapacité temporaire de travail

En cas d'incapacité temporaire de travail, nous payons une indemnité journalière proportionnelle au degré d'incapacité. En cas d'incapacité totale, cette indemnité s'élève à 12,39 EUR par jour. Nous fixons le degré d'incapacité compte tenu de vos occupations habituelles.

L'indemnité est due jusqu'au moment où les lésions sont consolidées, mais au plus tard jusque deux ans après la date de l'accident. Nous ne payons pas d'indemnité pour le jour de l'accident ni pour la période suivante de trente jours d'incapacité de travail.
Vous ne recevez pas d'indemnité si vous êtes encore mineur d'âge le jour de l'accident.

e Frais de soins médicaux et frais similaires

Nous remboursons les frais suivants :

- les frais de soins médicaux sur prescription médicale; si ces frais sont mentionnés dans le tarif de l'assurance maladie et invalidité légale, notre intervention est limitée à deux fois ce tarif; si ces frais n'y sont pas mentionnés, nous remboursons la moitié des frais assurés, avec un maximum de 1 239,47 EUR par accident;
- les frais de soins médicaux à l'étranger, si l'accident y est survenu et tant que le séjour à l'étranger est médicalement nécessaire; nous prenons également en charge les frais du rapatriement;
- les frais de première prothèse et de premier appareil orthopédique; pour les prothèses dentaires, le remboursement est limité à 458,60 EUR par dent; pour les montures de lunettes, le maximum est de 247,89 EUR;
- les frais de transport adapté nécessaire en cas de traitement dans un hôpital ou un centre de rééducation;
- les frais de transport ou de rapatriement de la dépouille mortelle;
- les frais de recherches et de sauvetage lorsque vous êtes égaré ou disparu ou que vous vous trouvez dans une situation vous mettant directement en danger;
- les frais de séjour pendant trente jours au maximum d'un membre de la famille passant la nuit à l'hôpital alors que vous êtes hospitalisé.

Nous payons ces frais pendant une période de cinq ans après l'accident. Ce délai ne s'applique pas aux frais des interventions chirurgicales qui ne peuvent être effectuées que lorsque votre croissance physique est terminée.

Les frais de soins médicaux et frais similaires sont assurés jusqu'à un montant de **12 394,68 EUR** au maximum par accident et par assuré.
La part de la victime dans les frais assurés s'élève à **123,95 EUR**. Si la victime est affiliée à la mutuelle pour les "grands risques", cette part s'élève à **309,87 EUR**.
Le remboursement a toujours lieu après épuisement de l'intervention de la mutuelle ou d'un autre organisme.
Si, pour l'une ou l'autre raison, vous n'avez pas droit aux prestations de la sécurité sociale, nous supposons, pour le calcul de la déduction de la part propre et de l'intervention qui est due par la mutuelle, que vous êtes ayant droit dans le système des "grands risques".

3 Délais - indexation

a Délais

Nous payons les indemnités dues dans les trente jours après avoir été mis en possession des rapports requis sur le degré d'incapacité de travail, du rapport de consolidation et des justificatifs nécessaires des frais consentis.
Ce délai de trente jours ne prend pas cours s'il existe encore une contestation sur la garantie d'assurance, par ex. un désaccord sur le degré de l'incapacité de travail.

b Indexation

À chaque échéance annuelle, nous indexons les montants assurés pour le cas de décès, d'incapacité permanente, d'incapacité temporaire et l'intervention complémentaire en cas de lésions permanentes très graves, ainsi que la prime due à cet effet, selon la proportion existant entre :

- le dernier indice connu de la rémunération horaire brute moyenne des ouvriers masculins majeurs de l'industrie, tel qu'il est publié dans le Bulletin Statistique par l'Institut National de Statistique et
- l'indice de souscription mentionné dans les conditions particulières.

4 Exclusions

Sont exclus :

- les aggravations des conséquences d'un accident par le fait d'une maladie ou d'une infirmité qui existait avant l'accident;
- les accidents auxquels la loi sur les accidents du travail est applicable;
- le suicide et les conséquences d'une tentative de suicide;
- les accidents causés intentionnellement par la victime ou un ayant droit et les accidents résultant de leur faute lourde; il s'agit ici :
  - des accidents imputables à l'ivresse ou à un état similaire résultant de la prise de produits autres que des boissons alcoolisées;
  - des accidents survenus pendant l'exposition volontaire à un danger exceptionnel et inutile;
  - des accidents survenus au cours d'actes de violence commis sur des personnes ou pendant la détérioration ou le détournement malveillants de biens;
  Cette exclusion n'est pas appliquée à la victime ou à l'ayant droit qui n'est pas lui-même auteur ou complice;
- les accidents survenus :
  - pendant l'utilisation d'appareils de navigation aérienne; il y a toutefois garantie comme simple passager à bord d'appareils dûment autorisés au transport de personnes;
  - pendant la pratique lucrative du sport ou pendant la pratique en compétition des sports de combat, du ski, du skeleton et du bobsleigh;
  - pendant la participation à des concours de vitesse avec des véhicules automoteurs ou des bateaux à moteur, y compris les entraînements;
- les accidents se rapportant à la guerre (civile) ou à des faits de même nature; cette exclusion ne s'applique pas aux accidents survenus à l'étranger pendant les quinze jours qui suivent le début des hostilités, si la Belgique n'y est pas impliquée et si l'assuré est surpris par leur survenance;
- les accidents imputables :
  - à des réactions nucléaires, à la radioactivité, à des radiations ionisantes, à l'exception des radiations nécessaires à la suite d'un accident assuré;
  - aux conséquences directes en Belgique de tremblements de terre et d'éruptions volcaniques.

Sont exclus, sauf mention contraire dans les conditions particulières, les accidents résultant de la pratique de l'alpinisme, de la plongée sous-marine, de la spéléologie, du parachutisme et de l'aile delta; les accidents survenus au moyen de motos de 50 cc ou plus.

5 Étendue territoriale

L'assurance s'applique dans le monde entier pour les assurés ayant leur résidence habituelle en Belgique.

6 Détermination des conséquences de l'accident

Pour la détermination des conséquences de l'accident, vous avez le droit de vous faire assister, à vos propres frais, d'un médecin que vous choisissez librement. En cas de décès, nous pouvons requérir une autopsie ou demander au médecin de la personne décédée une déclaration concernant la cause du décès, dans la mesure où cela est nécessaire pour l'octroi de la garantie d'assurance.
En cas de divergence d'opinion entre votre médecin et le nôtre, nous désignons de commun accord un troisième médecin qui décide. Les frais et honoraires du troisième médecin sont supportés pour moitié par chacune des parties.

En lieu et place de cette procédure, les parties sont libres de laisser la désignation du troisième médecin et/ou le règlement du litige au tribunal compétent.

7 Subrogation

Nous sommes subrogés dans vos droits ou dans ceux du bénéficiaire contre la personne responsable de l'accident, jusqu'à concurrence de nos dépenses.
Sauf en cas de malveillance, nous n'exerçons pas ce droit de subrogation contre vous, votre conjoint et vos parents et alliés en ligne directe, ni contre les personnes habitant chez vous, vos hôtes et les membres de votre personnel domestique.
Le recours est toutefois possible à l'égard des personnes précitées, si leur responsabilité est effectivement couverte par une assurance.

8 Indemnisation obligatoire pour les usagers faibles de la route

La présente assurance ne s'applique pas aux indemnités et frais qui sont dus sur base des règles d'indemnisation de certaines victimes de la route telles que piétons, cyclistes et passagers (art. 29 bis de la loi du 21 novembre 1989 relative à l'assurance obligatoire de la responsabilité en matière de véhicules automoteurs).
Mais nous sommes disposés à payer ces indemnités et frais à titre d'avance, si vous êtes d'accord de nous céder la demande de paiement ou de nous rembourser les indemnités et frais dès que vous en aurez reçu le paiement.

ASSURANCE ACCIDENTS AIDES NON SALARIÉS

Définitions

Dans la présente assurance, il faut entendre par :

Vous :

L'entreprise désignée qui souscrit l'assurance au profit de ses aides non salariés.

Nous :

Fidea sa, ayant son siège social en Belgique, Van Eycklei 14, 2018 ANTWERPEN, RCA 1479.

1 Champ d'application

a La présente assurance est applicable lorsque vous faites appel, pendant le nombre maximal de jours mentionné dans les conditions particulières, à des aides non salariés pour aider dans l'entreprise ou pour des travaux de jardinage ou ménagers au domicile des gérants, administrateurs ou associés de l'entreprise.
Pour la fixation du nombre maximal de jours, nous prenons en compte un jour entier par aide et par jour entamé.

b Ne sont pas considérés comme des aides non salariés :

- les personnes qui, au moment de l'accident, agissent comme hommes de métier indépendants;
- les membres de la famille, c.-à-d. les personnes habitant chez les gérants, administrateurs ou associés et les enfants habitant ailleurs qui n'ont pas encore fondé de famille propre et sont entretenus par eux.

2 Description de l'assurance

a Lorsqu'à la suite des activités précisées ci-dessus, un aide non salarié est victime d'un accident, nous garantissons :

- une indemnité en cas de décès, d'incapacité permanente et/ou temporaire de travail;
- une intervention complémentaire en cas de lésions permanentes très graves;
- le remboursement des frais de soins médicaux et des frais similaires.

b Un accident est un événement soudain dont la cause ou l'une des causes est étrangère à l'organisme de la victime et qui entraîne une lésion corporelle constatable objectivement ou la mort.

3 Indemnités

a En cas de décès

En cas de décès dans les trois ans qui suivent l'accident, nous payons une indemnité de 12 394,68 EUR.
Nous payons cette indemnité au conjoint cohabitant ou, à défaut, aux héritiers jusques et y compris du troisième degré.
S'il n'y a pas de tels ayants droit ou si, le jour de l'accident, la victime est encore mineure d'âge, nous remboursons les frais funéraires jusqu'à un montant de 3718,40 EUR à la personne qui les a réellement exposés.

b Incapacité permanente

En cas d'incapacité permanente, nous vous payons une indemnité proportionnelle au degré d'incapacité. Cette indemnité est due dès que le degré d'incapacité est supérieur à 5 %.

Le calcul de l'indemnité se fait comme suit :

- pour la partie du degré d'incapacité jusque 25 % : une part proportionnelle de 37 184,03 EUR;
- pour la partie du degré d'incapacité au-delà de 25 % jusque 50 % : sur base de 74 368,06 EUR;

- pour la partie du degré d'incapacité au-delà de 50 % : sur base de 111 552,09 EUR.

Pour la fixation du degré d'incapacité, nous utilisons les pourcentages indiqués dans le 'Barème officiel belge des invalidités', sans tenir compte de la profession exercée. La fixation du degré d'incapacité se fait au moment de la consolidation des lésions, mais au plus tard trois ans après le jour de l'accident.

L'indemnité en cas de décès (frais funéraires compris) et l'indemnité en cas d'incapacité permanente ne peuvent pas être cumulées.

c Lésions permanentes très graves

En cas d'incapacité permanente de 67 % ou plus, nous payons une intervention financière complémentaire que la victime peut affecter au paiement de divers frais qu'un tel handicap entraîne, tels que les frais :

- pour l'aide de tiers;
- pour les travaux de transformation de l'habitation et de la voiture de la personne handicapée;
- pour le recyclage ou la rééducation;
- pour l'achat d'un chien d'aveugle;
- etc.

Le montant de cette intervention est égal à 46 480,04 EUR.

d Incapacité temporaire de travail

En cas d'incapacité temporaire de travail, nous payons une indemnité journalière proportionnelle au degré d'incapacité. En cas d'incapacité totale, cette indemnité s'élève à 12,39 EUR par jour. Nous fixons le degré d'incapacité compte tenu des occupations habituelles de la victime.
L'indemnité est due jusqu'au moment où les lésions sont consolidées, mais au plus tard jusque deux ans après la date de l'accident. Nous ne payons pas d'indemnité pour le jour de l'accident ni pour la période suivante de trente jours d'incapacité de travail.
La victime qui est encore mineure d'âge le jour de l'accident ne reçoit pas d'indemnité.

e Frais de soins médicaux et frais similaires

Nous remboursons les frais suivants :

- les frais de soins médicaux sur prescription médicale; si ces frais sont mentionnés dans le tarif de l'assurance maladie et invalidité légale, notre intervention est limitée à deux fois ce tarif; si ces frais n'y sont pas mentionnés, nous remboursons la moitié des frais assurés, avec un maximum de 1 239,47 EUR par accident;
- les frais de soins médicaux à l'étranger, si l'accident y est survenu et tant que le séjour à l'étranger est médicalement nécessaire; nous prenons également en charge les frais du rapatriement;
- les frais de première prothèse et de premier appareil orthopédique; pour les prothèses dentaires, le remboursement est limité à 458,60 EUR par dent; pour les montures de lunettes, le maximum est de 247,89 EUR;
- les frais de transport adapté nécessaire en cas de traitement dans un hôpital ou un centre de rééducation;
- les frais de transport ou de rapatriement de la dépouille mortelle;
- les frais de recherches et de sauvetage lorsque l'assuré est égaré ou disparu ou qu'il se trouve dans une situation le mettant directement en danger;
- les frais de séjour pendant trente jours au maximum d'un membre de la famille passant la nuit à l'hôpital alors que l'assuré est hospitalisé.

Nous payons ces frais pendant une période de cinq ans après l'accident. Ce délai ne s'applique pas aux frais des interventions chirurgicales qui ne peuvent être effectuées que lorsque la croissance physique de l'assuré est terminée.

Les frais de soins médicaux et frais similaires sont assurés jusqu'à un montant de **12 394,68 EUR** au maximum par accident et par assuré.
La part de la victime dans les frais assurés s'élève à **123,95 EUR**. Si la victime est affiliée à la mutuelle pour les "grands risques", cette part s'élève à **309,87 EUR**.
Le remboursement a toujours lieu après épuisement de l'intervention de la mutuelle ou d'un autre organisme.
Si, pour l'une ou l'autre raison, la victime n'a pas droit aux prestations de la sécurité sociale, nous supposons, pour le calcul de la déduction de la part propre et de l'intervention qui est due par la mutuelle, que la victime est ayant droit dans le système des "grands risques".

4 Délais - Indexation

a Délais

Nous payons les indemnités dues dans les trente jours après avoir été mis en possession des rapports requis sur le degré d'incapacité de travail, du rapport de consolidation et des justificatifs nécessaires des frais consentis.
Ce délai de trente jours ne prend pas cours s'il existe encore une contestation sur la garantie d'assurance, par ex. un désaccord sur le degré de l'incapacité de travail.

b Indexation

À chaque échéance annuelle, nous indexons les montants assurés pour le cas de décès, d'incapacité permanente, d'incapacité temporaire et l'intervention complémentaire en cas de lésions permanentes très graves, ainsi que la prime due à cet effet, selon la proportion existant entre :

- le dernier indice connu de la rémunération horaire brute moyenne des ouvriers masculins majeurs de l'industrie, tel qu'il est publié dans le Bulletin Statistique par l'Institut National de Statistique et
- l'indice de souscription mentionné dans les conditions particulières.

5 Exclusions

Sont exclus :

- les aggravations des conséquences d'un accident par le fait d'une maladie ou d'une infirmité qui existait avant l'accident;
- les accidents auxquels la loi sur les accidents du travail est applicable;
- les accidents survenus sur le chemin pour se rendre à l'endroit où le travail non salarié est effectué et en revenir; la notion de chemin est interprétée par analogie avec la notion de "chemin du travail" dans la loi sur le chemin du travail;
- les accidents survenus à des personnes âgées de moins de 15 ans ou de plus de 70 ans;
- le suicide et les conséquences d'une tentative de suicide;
- les accidents causés intentionnellement par la victime ou un ayant droit et les accidents résultant de leur faute lourde; il s'agit ici :
  - des accidents imputables à l'ivresse ou à un état similaire résultant de la prise de produits autres que des boissons alcoolisées;
  - des accidents survenus pendant l'exposition volontaire à un danger exceptionnel et inutile;
  - des accidents survenus au cours d'actes de violence commis sur des personnes ou pendant la détérioration ou le détournement malveillants de biens;

  Cette exclusion n'est pas appliquée à la victime ou à l'ayant droit qui n'est pas lui-même auteur ou complice;
- les accidents survenus pendant l'utilisation d'appareils de navigation aérienne; il y a toutefois garantie comme simple passager à bord d'appareils dûment autorisés au transport de personnes;
- les accidents se rapportant à la guerre (civile) ou à des faits de même nature; cette exclusion ne s'applique pas aux accidents survenus à l'étranger pendant les quinze jours qui suivent le début des hostilités, si la Belgique n'y est pas impliquée et si l'assuré est surpris par leur survenance;
- les accidents imputables :
  - à des réactions nucléaires, à la radioactivité, à des radiations ionisantes, à l'exception des radiations nécessaires à la suite d'un accident assuré;
  - aux conséquences directes en Belgique de tremblements de terre et d'éruptions volcaniques.

6 Étendue territoriale

L'assurance s'applique dans le monde entier pour les assurés ayant leur résidence habituelle en Belgique.

7 Détermination des conséquences de l'accident

Pour la détermination des conséquences de l'accident, la victime a le droit de se faire assister, à ses propres frais, d'un médecin qu'elle choisit librement. En cas de décès, nous pouvons requérir une autopsie ou demander au médecin de la personne décédée une déclaration concernant la cause du décès, dans la mesure où cela est nécessaire pour l'octroi de la garantie d'assurance.
En cas de divergence d'opinion entre le médecin de la victime et le nôtre, nous désignons de commun accord un troisième médecin qui décide. Les frais et honoraires du troisième médecin sont supportés pour moitié par chacune des parties.
En lieu et place de cette procédure, les parties sont libres de laisser la désignation du troisième médecin et/ou le règlement du litige au tribunal compétent.

8 Subrogation

Nous sommes subrogés dans les droits de la victime ou dans ceux du bénéficiaire contre la personne responsable de l'accident, jusqu'à concurrence de nos dépenses.
Sauf en cas de malveillance, nous n'exerçons pas ce droit de subrogation contre l'assuré, son conjoint et ses parents et alliés en ligne directe, ni contre les personnes habitant chez lui, ses hôtes et les membres de son personnel domestique.
Le recours est toutefois possible à l'égard des personnes précitées, si leur responsabilité est effectivement couverte par une assurance.

9 Indemnisation obligatoire pour les usagers faibles de la route

La présente assurance ne s'applique pas aux indemnités et frais qui sont dus sur base des règles d'indemnisation de certaines victimes de la route telles que piétons, cyclistes et passagers (art. 29 bis de la loi du 21 novembre 1989 relative à l'assurance obligatoire de la responsabilité en matière de véhicules automoteurs).
Mais nous sommes disposés à payer ces indemnités et frais à titre d'avance, si vous êtes d'accord de nous céder la demande de paiement ou de nous rembourser les indemnités et frais dès que vous en aurez reçu le paiement.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

La présente police est régie par le droit belge et en particulier par la loi du 25 juin 1992.
Les principales dispositions réglementées par cette loi sont résumées ci-après.

1 Dispositions relatives au règlement des dommages

a Lorsque survient un événement auquel la garantie de la présente police est applicable, vous (le cas échéant aussi le bénéficiaire) devez tenir compte d'un certain nombre d'obligations afin que nous puissions fournir les prestations convenues.

b Ainsi, vous êtes censé :

- prendre toutes les mesures raisonnables pour prévenir ou limiter les conséquences du sinistre;
- faire la déclaration du sinistre dans les dix jours de sa survenance;
- fournir tous les renseignements que nous demandons concernant le sinistre et apporter la coopération requise, de sorte que le sinistre puisse être réglé rapidement;
- si nécessaire, comparaître personnellement devant le tribunal et poser tous les actes de procédure que nous jugeons utiles;
- ne pas poser d'actes limitant notre droit légal de récupérer les paiements effectués du tiers responsable;
- ne pas reconnaître de responsabilité ni faire abandon de recours, ne rien payer ni convenir de payer dans les cas où la présente police couvre votre responsabilité. La simple reconnaissance des faits ou l'offre d'une première aide financière ou médicale n'est pas considérée comme une reconnaissance de responsabilité.

c Le non-respect de l'une des obligations qui précèdent nous donne le droit de réduire les prestations assurées ou de les récupérer jusqu'à concurrence du préjudice que nous avons subi du fait de votre omission.
Le non-respect d'un délai ne peut toutefois être considéré comme une omission si vous avez fait la notification demandée aussi rapidement qu'il vous était raisonnablement possible de le faire.

Nous pouvons refuser la garantie si vous avez agi dans une intention frauduleuse.

2 Dispositions relatives à la police

Dans les dispositions qui suivent, "vous" désigne uniquement le preneur d'assurance.

a Communications

La police a été établie sur base des renseignements que vous nous avez fournis.
Si, pendant la durée des assurances, une modification se produit dans les éléments d'appréciation mentionnés dans les conditions particulières, vous devez nous la communiquer si, du fait de cette modification, le risque de survenance de l'événement assuré a diminué ou augmenté d'une façon sensible et durable.

b Conséquences d'un risque incorrectement communiqué ou modifié

Dès que nous apprenons que le risque réel ne correspond pas au risque tel qu'il a été communiqué, nous faisons dans le mois à partir du jour où nous en avons eu connaissance, une proposition d'adaptation de la police au risque réel. S'il s'agit d'une aggravation du risque qui s'est produite pendant la durée de l'assurance, l'adaptation a un effet rétroactif jusqu'au jour de l'aggravation.
Vous êtes libre d'accepter ou non la proposition d'adaptation.
Si un sinistre survient avant que l'adaptation ou la résiliation de la police entre en vigueur, nous fournirons les prestations convenues s'il n'est pas possible de vous reprocher de n'avoir pas accompli votre devoir de communication.
Si cela peut vous être reproché, nous pouvons limiter les prestations assurées selon la proportion existant entre la prime payée et la prime qui aurait dû être payée si nous avions été renseignés correctement. Nous pouvons également limiter notre prestation au remboursement de toutes les primes payées, si nous pouvons prouver que nous n'aurions pas assuré le risque réel.

Les règles qui précèdent ne s'appliquent pas en cas d'intention frauduleuse. Dans ce cas, nous pouvons invoquer la nullité légale ou la rupture de l'assurance, refuser notre prestation et conserver les primes échues.

c Début et durée des assurances

Les assurances commencent à la date indiquée dans les conditions particulières, après signature de la police et paiement de la première prime.

La durée des assurances est également indiquée dans les conditions particulières.
Si cette durée est inférieure à un an, les parties conviennent qu'à la date d'expiration une nouvelle police entre en vigueur avec une durée d'un an, sauf si l'une des parties s'y oppose. Cette opposition doit être notifiée par lettre recommandée trente jours au moins avant la date d'expiration.
Si la durée des assurances est d'un an, elles sont reconduites tacitement à l'échéance pour des périodes successives d'un an, sauf si l'une des parties s'y oppose par une lettre recommandée remise à la poste trois mois au moins avant l'échéance.

Les assurances commencent et prennent fin à zéro heure.

d Fin des assurances

Changement de preneur d'assurance

Si l'entreprise assurée est vendue ou cédée ou change de forme sociale, vous faites poursuivre la police.
Si vous ne le faites pas, nous pouvons exiger une indemnité de résiliation égale à la dernière prime annuelle. La police vient à échéance à la date de ce changement ou de cette reprise.
Nous pouvons refuser la reprise du contrat et le résilier. Dans ce cas, la résiliation prend effet après l'expiration d'un délai de 45 jours à compter du jour où la lettre recommandée a été remise à la poste.

Ces dispositions ne sont pas applicables en cas de fusion ou d'absorption par une autre entreprise, si cette dernière est liée par des obligations d'assurance en cours.

Décès

Si vous venez à décéder, les droits et obligations nés de la présente police continuent d'exister dans le chef des nouveaux titulaires de l'intérêt assuré. Ils sont tenus solidairement et indivisiblement à notre égard, mais peuvent résilier l'assurance dans les trois mois et quarante jours qui suivent le décès. De même, nous pouvons résilier les assurances dans les trois mois après avoir eu connaissance du décès.

Faillite

Si vous faites faillite, les droits et obligations découlant de la présente police subsistent à l'égard de la masse des créanciers, qui veillent au paiement des primes qui doivent encore échoir après la déclaration de faillite.
Le curateur peut résilier les assurances dans les trois mois qui suivent la déclaration de faillite. Nous pouvons résilier les assurances au plus tôt trois mois après la déclaration de faillite.

Concordat judiciaire par abandon d'actif

En cas de concordat judiciaire par abandon d'actif de votre part, les droits et obligations découlant de la présente police subsistent à l'égard de la masse des créanciers, aussi longtemps que tous les actifs n'ont pas été réalisés par le liquidateur.
Nous pouvons mettre fin à la police de commun accord avec le liquidateur. La prime est payée par le liquidateur et fait partie des avances qui sont déduites par priorité du montant à répartir parmi les créanciers.

Résiliation

Vous pouvez résilier avant l'expiration :

- après un sinistre, mais au plus tard un mois après l'exécution des prestations assurées ou le refus de le faire;
- en cas de diminution du risque si, dans le mois qui suit la demande de réduction de prime, vous n'arrivez pas à un accord avec nous à ce sujet.

Nous pouvons résilier les assurances :

- après un sinistre, mais au plus tard un mois après l'exécution des prestations assurées ou le refus de le faire;
- s'il apparaît que le risque réel est plus important que le risque déclaré :
  - si vous refusez ou n'acceptez pas la proposition de modification de la police dans le mois qui suit sa réception; dans ce cas, la résiliation doit se faire dans les quinze jours;
  - si nous apportons la preuve que nous n'aurions en aucun cas assuré le risque réel; cette résiliation doit se faire dans le mois qui suit le moment où nous avons eu connaissance du risque réel;
- en cas de non-paiement de la prime ou de non-respect d'une autre obligation contractuelle;

- en cas de modification de la législation rendant les prestations assurées considérablement plus importantes.

  Si l'une des parties résilie une assurance, l'autre partie a le droit de résilier également, pour la même date, les autres assurances de la présente police.

Forme et effet de la résiliation

Sauf en cas de non-paiement de la prime, le régime suivant est applicable à toute résiliation.
Une résiliation se fait par lettre recommandée à la poste, par remise d'une lettre de résiliation contre récépissé ou par exploit d'huissier.
La résiliation prend effet après l'expiration d'un délai d'un mois à compter, pour une lettre recommandée, du lendemain du dépôt à la poste et, dans les autres cas, à compter de la date de l'accusé de réception ou du lendemain de la notification.

e Prime et paiement de la prime

Paiement

La prime, taxe comprise, est payable d'avance et est exigible à l'échéance.
Si vous ne payez pas une prime (taxe comprise), nous vous en demandons le paiement par lettre recommandée ou par exploit d'huissier. La mise en demeure précise les conséquences du non-paiement de la prime (suspension et/ou résiliation).

Augmentation de tarif

Si nous augmentons notre tarif, nous pouvons adapter la prime de la présente assurance à partir de l'échéance de prime suivante, si elle est distante d'au moins quatre mois de la date à laquelle l'augmentation de tarif a été notifiée.
Cette adaptation de tarif entre en vigueur si l'assurance n'est pas résiliée pour l'échéance.

f Dispositions légalement obligatoires

Les renseignements que vous nous fournissez sont utilisés pour apprécier le risque, pour gérer et exécuter la police et pour offrir un service optimal. Les personnes au sujet desquelles des données sont rassemblées ont légalement le droit d'en obtenir communication et rectification. Tous renseignements complémentaires à cet égard peuvent être obtenus auprès de la Commission de la protection de la vie privée, rue de la Régence 61, 1000 Bruxelles.

Les plaintes concernant la présente police peuvent également être adressées à l'Office de Contrôle des Assurances, avenue de Cortenberg 61, 1000 Bruxelles. Mais vous conservez le droit d'engager une procédure judiciaire.